

Motiverande och demotiverande faktorer vid viktnedgång bland vuxna individer med fetma

- En systematisk litteraturstudie

Stephanie Lemström

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Idrott och hälsopromotion
Identifikationsnummer:	4017
Författare:	Stephanie Lemström
Arbetets namn:	Motiverande och demotiverande faktorer vid viktnedgång bland vuxna individer med fetma – en systematisk litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Ilse Tillman
Uppdragsgivare:	-
<p>Sammandrag:</p> <p>Fetma har blivit allt vanligare bland vuxna finländare. I bakgrunden ligger främst en förminskad energiförbrukning, det vill säga brist på fysisk aktivitet, och ett för högt energiintag. För att kunna gå ned i vikt måste en individs levnadsvanor förändras och för att en viktnedgång skall lyckas är det viktigt att individen känner sig motiverad att förändras. (Mustajoki et al. 2006 s. 14;161;229) Syftet med denna studie var att ta reda på vilka faktorer som inverkar positivt respektive negativt på motivationen vid viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Frågeställningarna var: 1) Vilka faktorer motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma? 2) Vilka faktorer demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma? Dessa frågor besvarades med hjälp av en systematisk litteraturstudie. I studien inkluderades 15 stycken vetenskapliga artiklar som kvalitetsgranskades. Artiklarna är publicerade 2002 – 2013 och skrivna på svenska, finska eller engelska. Resultaten visar att hälsa och välbefinnande eller undvikande av sjukdom samt hälsoproblem, utseende, socialt stöd och långsiktigt socialt stöd är faktorer som högst sannolikt motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Brist på socialt stöd, brist på självkänsla eller självaktning och orealistiska förväntningar beträffande viktnedgång eller känsla av missnöje över sina resultat är däremot faktorer som högst sannolikt demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Motivation är individuellt och varje individ motiveras av olika faktorer gällande viktnedgång hos vuxna personer med fetma.</p>	
Nyckelord:	Fetma, övervikt, vuxna, viktnedgång, motivation, motiverande och demotiverande faktorer
Sidantal:	93
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	5.6.2014

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Sports and Health promotion
Identification number:	4017
Author:	Stephanie Lemström
Title:	Motivational and demotivational factors at weight loss among adults with obesity – a systematic literature review
Supervisor (Arcada):	Ilse Tillman
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>Obesity has become more common among Finnish adults. This is principally due to reduced energy consumption, that is to say lack of physical activity, as well as too high energy intake. To be able to lose weight an individual has to change his or her way of living and to be able to succeed with a weight loss it is important that the individual feels motivated to make changes. (Mustajoki et al. 2006 s. 14;161;229) The aim of this study was to find out which factors have a positive respective negative effect on the motivation at weight loss among adults with obesity. The research questions were: 1) Which factors motivate to weight loss among adults with obesity? 2) Which factors demotivate to weight loss among adults with obesity? These questions were answered by a systematic literature review. In the study fifteen scientific studies were included and critically reviewed. The studies are published between 2002 and 2013 and are written in Swedish, Finnish or English. The results show that health and well-being or avoidance of illness and health problems, appearance, social support and long-term social support are factors that most likely motivate to weight loss among adults with obesity. Lack of social support, lack of self-esteem or self-respect and unrealistic weight loss expectations or the feeling of dissatisfaction concerning results are however factors that most likely demotivate to weight loss among adults with obesity. Motivation is individual and every person gets motivated of different factors regarding weight loss among adults with obesity.</p>	
Keywords:	Obesity, overweight, adults, weight loss, motivation, motivational and demotivational factors
Number of pages:	93
Language:	Swedish
Date of acceptance:	5.6.2014

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Liikunta ja terveyden edistäminen
Tunnistenumero:	4017
Tekijä:	Stephanie Lemström
Työn nimi:	Painonpudotukseen liittyvät motivoivat ja motivaatiota vähentävät tekijät lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa – systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Ilse Tillman
Toimeksiantaja:	-
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Lihavuus on yleistynyt suomalaisten aikuisten keskuudessa. Taustalla lieenee erityisesti vähentynyt energiankulutus, toisin sanoen, fyysisen aktiivisuuden puute, ja liian korkea energiansaanti. Jotta painonpudotus olisi mahdollista, on yksilön elintapoja muutettava, ja jotta painonpudotus onnistuisi, on tärkeää, että yksilö tuntisi olevansa motivoitunut muutokseen. (Mustajoki et al. 2006 s. 14;161;229) Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti kautta negatiivisesti motivaatioon painonpudotuksessa, lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Mitkä tekijät motivoivat painonpudotukseen lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa? 2) Mitkä tekijät vähentävät motivaatiota painonpudotukseen lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa? Näihin kysymyksiin saatiin vastaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimukseen sisällytettiin 15 tieteellistä artikkelia, joiden laatu arvioitiin. Artikkelit ovat julkaistu vuosina 2002 – 2013, ja laadittu joko ruotsiksi, suomeksi tai englanniksi. Tulokset osoittavat, että terveys ja hyvinvointi, tai sairauksien sekä terveysongelmien välttäminen, ulkonäkö, sosiaalinen tuki sekä pitkäaikainen sosiaalinen tuki, ovat tekijöitä, jotka todennäköisimmin motivoivat painonpudotukseen lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa. Sosiaalisen tuen, itsetunnon tai itsekunnioituksen puute ja epärealistiset odotukset painonpudotuksen suhteen, tai vastaavasti tyytymättömyyden tunne syntyviin tuloksiin, ovat puolestaan tekijöitä, jotka todennäköisimmin vähentävät motivaatiota painonpudotukseen lihavuudesta kärsivien aikuisten keskuudessa. Motivaatio on yksilöllistä ja jokainen lihavuudesta kärsivä aikuinen motivoituu erilaisista tekijöistä.</p>	
Avainsanat:	Lihavuus, ylipaino (liikapaino), aikuiset, painonpudotus, motivaatio, motivoivat ja motivaatiota vähentävät tekijät
Sivumäärä:	93
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	5.6.2014

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	CENTRALA BEGREPP	10
2.1	Fetma	10
2.2	Viktnedgång	12
2.3	Motivation	13
3	BESKRIVNING AV FETMA	16
3.1	Förekomst av fetma globalt och i Finland	16
3.2	Fetmans inverkan på hälsan	16
3.3	Ätstörningar vid fetma	18
3.4	Orsaker till fetma	19
3.5	Förebyggande av fetma	20
3.6	Behandling av fetma	21
4	KOST OCH FETMA	24
4.1	Energibalans	24
4.2	Energibehov	26
4.3	Hunger och mättnad	26
4.4	Ätbeteende	27
5	FYSISK AKTIVITET, MOTION OCH FETMA	28
6	BETEENDEFÖRÄNDRING	31
6.1	Beteendemodifikation och beteendeterapi	31
6.2	Kognitiv beteendeterapi och beteendeanalys	34
6.3	Den transteoretiska modellen	35
7	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	37
8	METOD	38
8.1	Etiska överväganden	38
8.2	Litteratursökning	38
8.3	Urvalskriterier	39
8.3.1	<i>Inklusionkriterier</i>	39
8.3.2	<i>Exklusionskriterier</i>	39
8.4	Resultat av litteratursökningen	39
8.5	Kvalitetsgranskning	42
8.6	Resultat av kvalitetsgranskningen	43

9	RESULTAT	45
9.1	Hälsa	59
9.2	Socialt stöd	60
9.3	Utseende	62
9.4	Konsultation.....	63
9.5	Förväntningar och framgång	63
9.6	Omgivning och livshändelser	64
9.7	Tidsplanering	65
9.8	Självkänsla och självreglering	65
10	DISKUSSION.....	68
10.1	Metoddiskussion.....	68
10.2	Resultatdiskussion.....	69
10.3	Yrkesrelevans och forskning	80
	KÄLLOR.....	81
	BILAGOR.....	88

Tabeller

Tabell 1. Klassifikation av övervikt och fetma	10
Tabell 2. Gränsvärden för midjeomkrets.....	11
Tabell 3. Gränsvärden mellan midja och höft.....	12
Tabell 4. Sökord och träffar i databasen Academic Serach Complete.....	40
Tabell 5. Sökord och träffar i databasen PubMed.....	40
Tabell 6. Sökord och träffar i databasen MEDLINE.....	40
Tabell 7. Sökord och träffar i databasen SAGE Journals.....	41
Tabell 8. Sökord och träffar i databasen Google Scholar.....	41
Tabell 9. Resultat av kvalitetsgranskning enligt modifierade checklistor av Forsberg & Wengström.....	44
Tabell 10. Översiktstabell på de inkluderade artiklarna.....	46

1 INLEDNING

Varifrån får människan energi till en viktnedgång då soffan känns bekväm och skön, chokladen smakar gott efter en lång arbetsdag samt kombinationen av trötthet och håglöshet tar över? Samtidigt höjs siffrorna på vågen och livskvaliteten sjunker (Lindroos & Rössner 2007 s. 206-208). Människan kan befinna sig i ett stadie där mat tar alltför stor del av ens liv. Tankarna kan kretsa så gott som enbart kring mat. Mat kan upplevas som en börda och även leda till starka känsloreaktioner. (Mustajoki et al. 2006 s. 228) Fetma är ett växande folkhälsoproblem och förekomsten av övervikt och fetma bland vuxna har ökat dramatiskt under de senaste tjugo åren. Tillsvidare finns det få effektiva behandlingsmetoder mot fetma som skulle fungera på lång sikt. (Lindroos & Rössner 2007 s. 52;65) För en vuxen individ som lider av fetma räcker det sällan med enbart tips och goda råd för att kunna ändra på sina levnadsvanor. Dagens människa behöver motivation och utmaningar för att få sig själv upp från soffan, börja motionera, minska på matportionerna och äta hälsosammare. För att gå ner i vikt krävs sålunda motivation, men vilka är de faktorer som kan motivera en viktnedgång? Vilka faktorer sätter däremot käppar i hjulet och har därmed motsatt effekt?

Över hälften av finländarna är överviktiga och var femte vuxen person lider av fetma (Institutet för hälsa och välfärd). Fetma, eller obesitas, är en av de vanligaste folksjukdomarna och ökar risken för flera olika kroniska sjukdomar, till exempel kardiovaskulär sjukdom, typ 2-diabetes, sömnapné, osteoartrit och cancer (Lindroos & Rössner 2007 s. 21). Fetma har så gott som fördubblats runt om i världen sedan 1980 (World Health Organization 2013 a). Samma fenomen syns även i Finland då finländarnas vikt och midjemått har ökat sedan 1970-talet (Käypä hoito 2011). I dag klassificeras fetma som en epidemi då minst 2,8 miljoner människor dör årligen på grund av tillstånd förorsakade av övervikt eller fetma. Fetma som tidigare förknippades enbart med höginkomstländer är numera också vanligare i låg- och medelinkomstländer. (World Health Organization 2013 b) Finländarna är för närvarande det fetaste folket i Norden. Jämfört med övriga Europa är fetma i Finland en aning vanligare i genomsnitt, dock ovanligare än i Storbritannien eller södra Europa. (Institutet för hälsa och välfärd) Fetma utgör en avsevärd ekonomisk belastning för samhället (Andersen et al. 1998 s. 55)

Det är ofta flera faktorer som samverkar då vikten börjar öka. Människans levnadsvanor, speciellt mat- och motionsvanor, men också arvsanlag, stress och den omgivning människan lever i har en inverkan på vikten. (Johansson 2007 s. 260) För att kunna bli fri från fetma krävs bestående livsstilsförändringar. En förändring är i sin tur en process som kräver både tid och motivation. För att en person skall kunna genomgå en förändring i sitt liv måste denne ha intresse och vilja. Motivation är ofta den grundläggande förutsättningen för att lyckas med viktnedgång. (Mustajoki et al. 2006 s. 159-162;229)

De flesta människor vet hur de borde leva, men det är en lång väg att gå från tanke och kunskap till handling. Människan har svårt att acceptera att det tar tid att ändra gamla vanor till nya bättre val. Många av människans vanor har funnits ända sedan barndomen och de kan enbart brytas genom att ta ett steg i taget. Med hjälp av delmål kan ett långsiktigt mål uppnås. (Granbom 1998 s. 81-82;94). Tanken med en beteendeförändring är att uppmuntra och stimulera människan att genomföra hälsosamma samt personliga beslut för att kunna uppnå förändringar som leder till positiva hälsoeffekter för människan. Det är viktigt att individen känner tillfredsställelse med det denne gör med tanke på hennes motivation. (Faskunger 2004 s. 21-22;81) En förändring skall inte kännas som en pina och individen skall inte behöva uppleva att denne måste kämpa sig igenom sin vardag för att kunna gå ned i vikt. Då det känns tungt och tröttsamt är det viktigt att påminna sig själv om vad det var som från första början gav styrka och tro på en viktnedgång. När förändringarna blir en del av vardagen och människan kan utföra sina nya rutiner utan tvång är människan på god väg.

2 CENTRALA BEGREPP

I det här avsnittet presenteras studiens tre mest centrala begrepp; fetma, viktnedgång och motivation. Begreppen har fungerat som teoretiska utgångpunkter för denna systematiska litteraturstudie och kommer att beskrivas kort i detta kapitel.

2.1 Fetma

Fetma är ett tillstånd då andelen fettvävnad i kroppen är så stor att det är till skada för hälsan (Ilander et al. 2006 s. 329). Mängden fettvävnad kan fastställas genom att beräkna en individs viktindex, på engelska Body Mass Index, BMI (Käypä hoito 2011). Viktindexet räknas ut genom att dividera vikten (kg) med längden (m) i kvadrat. Då en person är 165cm lång och väger 58kg räknas dennes BMI på följande sätt: $58 / 1,65 \times 1,65 = 21,3$. Personens BMI är således 21,3. (Ravitsemus ja ruokavaliot 2006 s. 86)

Tabell 1. Klassifikation av övervikt och fetma (World Health Organization 2000)

Klassifikation	(alternativ benämning)	BMI	Hälsorisk
Undervikt		< 18,5	Låg
Normalvikt		18,5-24,9	Normal
Övervikt		25-29,9	Lätt ökad
Fetma		> 30	Måttlig till mycket ökad
Fetma klass 1	”Fetma”	30-34,9	Måttlig ökad
Fetma klass 2	”Svår fetma”	35-39,9	Hög, kraftigt ökad
Fetma klass 3	”Extrem fetma”	>40	Mycket hög, extrem

Så som tabellen ovan visar så har en vuxen person med ett BMI mellan 18,5-24,9 normal vikt (se tabell 1). Ett BMI som överskrider 25 innebär däremot övervikt och ökad risk för folksjukdomar (Käypä hoito 2011). Det är dock viktigt att minnas att en muskulös person kan ha ett BMI över 25 utan att vara överviktigt. Detta är på grund av att muskler väger mer än fett. (Johansson 2007 s. 259) Ifall viktindexet ligger vid 30 eller över är det fråga om fetma. Fetma kan indelas i tre olika klasser. Då viktindexet är 30,09-34,9 talar man om klass 1. Då viktindexet är 35-39,9 talar man om klass 2 som står för svår fetma. Ett BMI på 40 eller högre innebär extrem fetma och hör till klass 3.

(Lindroos & Rössner 2007 s. 21-22) Det är viktigt att minnas att viktindexet inte berättar något om hur kroppsfettet är fördelat (Lindroos & Rössner 2007 s. 141). Dessa referensvärden är anpassade för vuxna. För barn och unga används skilda referensvärden. (Mustajoki et al. 2006 s. 51)

Mätning av midjeomkretsen används ofta som komplement till viktindexet för att avslöja eventuell bukfetma (Johansson 2007 s. 260). Genom att mäta midjeomkretsen kan man uppskatta fetmans hälsorisker (Ravitseemus ja ruokavaliot 2006 s. 86). Midjeomkretsen mäts mitt emellan nedersta revbenskammen och höftkammen, vanligen 1-2cm ovanför naveln. Mätningen skall göras på bar hud och efter normal utandning. Måttbandet bör vara vågrätt och får varken spänna eller vara löst runt midjan. Den som mäts skall stå med tyngden jämnt fördelad på båda fötterna. (Ilander et al. 2006 s. 331)

Tabell 2. Gränsvärden för midjeomkrets (Duodecim terveyskirjasto 2010)

	Optimalt värde	Ökad hälsorisk	Märkbar hälsorisk (Bukfetma)
Man	< 94	94-101	> 102
Kvinna	< 80	80-87	> 88

Så som tabellen ovan visar så innebär det märkbara hälsorisker då midjeomkretsen är över 102 cm hos män och 88 cm hos kvinnor (se tabell 2). Dessa värden definieras som bukfetma (Lindroos & Rössner 2007 s. 22).

Man kan också mäta förhållandet mellan midjans och höfternas omkrets. I detta fall mäter man midjan på samma sätt som midjeomkretsen medan höfternas omkrets mäts på det ställe där höfterna är som bredast. (Ilander et al. 2006 s. 331) Genom att dividera midjemåttet med höftmåttet får man en så kallad midja-höft-kvot (se tabell 3). Då kvoten är högre än 0,8 hos kvinnor och 0,9 hos män innebär det en ökad hälsorisk. Ifall kvoten överstiger 0,85 hos kvinnor och 1,0 hos män ökar hälsoriskerna märkbart. (Ilander et al. 2006 s. 331) Mätning av midjans och höfternas omkrets ersätts dock oftast av mätning av midjeomkretsen eftersom midja-höft-kvoten inte ger någon ytterligare information (Lindroos & Rössner 2007 s. 25).

Tabell 3. Gränsvärden mellan midja och höft (Ilander et al. 2006 s. 331)

Midja-höft-kvot	Normal	Ökad hälsorisk	Märkbar hälsorisk
Man	< 0,9	0,9-1,0	> 1,0
Kvinna	< 0,8	0,8-0,85	> 0,85

2.2 Viktnedgång

Det krävs endast en liten men konsekvent minskning av det dagliga energiintaget för att en människa skall gå ned i vikt. Då en negativ energibalans pågår över en tid minskar kroppens fettdepå med viktnedgång som resultat. (Lindroos & Rössner 2007 s. 78;81) En viktnedgång består i genomsnitt av 75 procent fettmassa och 25 procent fettfri massa, främst vatten och protein (Mustajoki et al. 2006 s. 73). Den fettfria massans förlust kan begränsas med hjälp av regelbunden fysisk aktivitet (Lindroos & Rössner 2007 s. 81).

För att nå en bestående viktnedgång bör kroppen göra av med mer energi än vad som intas. Detta sker bäst då måttligt intag av energi kombineras med regelbunden fysisk aktivitet. (Ekblom et al. 1992 s. 195) Den rekommenderade energireduktionen vid viktnedgång är cirka 500 kcal per dag. Denna reduktion leder till en viktnedgång på cirka ½ kg per vecka. (Lindroos & Rössner 2007 s. 244) Det är viktigt att gå långsiktigt ned i vikt för att viktnedgången skall påverka fettvävnaden och inte muskelmassan (Ekblom et al. 1992 s. 201). I takt med att vikten sjunker, sjunker också energiförbrukningen då viktnedgångsprocessen blir långsammare. Detta är på grund av att det går åt mindre energi än tidigare att röra på en kropp som är lättare och vars ämnesomsättning är långsammare. (Mustajoki et al. 2006 s. 168)

De sjukdomar som orsakas av fetma kan förebyggas och behandlas med hjälp av viktnedgång (Duodecim 2011). Viktnedgång fördröjer hjärt- och blodkärslsjukdomars förlopp, sänker blodtrycket samt verkar positivt på blodfetterna. En viktnedgång på ca 3-5kg hos en person som väger 100kg och har sänkt blodsockertolerans kan närmare halvera risken att insjukna i typ 2-diabetes under de följande 10 åren. Ifall personen i fråga redan lider av typ 2-diabetes förbättrar viktnedgången sockerbalansen och sänker beho-

vet av diabetesmediciner. Då en person lider av sömnapné kan en viktnedgång på 5-10% leda till att symtomen försvinner helt och hållet, förutsatt att sjukdomen är lindrig. Hos en överviktig person med astma innebär en viktnedgång förbättrad lungfunktion, minskad symtom och därmed också minskad behov av medicinering. Viktnedgång hos personer med ledförslitningar i knäna gör att de får bättre funktionsförmåga och smärtorna lindras. (Käypä hoito 2011) Viktnedgång har även en positiv inverkan på människans sinnestämning och ökar självtilliten (Andersen et al. 1998 s. 206). En människas kroppsuppfattning kan förbättras och människan kan känna sig attraktivare samt mer accepterad än tidigare (Mustajoki et al. 2006 s. 122).

2.3 Motivation

Nationalencyklopedin beskriver motivation som en *”psykologisk term för de faktorer hos individen som väcker, formar och riktar beteendet mot olika mål ”* (Nationalencyklopedin). Motivation är ett tillstånd som ständigt lever och där tidpunkten och situationen bestämmer graden av motivation samt villighet till att förändra (Lindroos & Rössner 2007 s. 268). Motivation är inte ett personlighetsdrag som är stabilt under en längre tid (Faskunger 2004 s. 46). Motivation utgör grunden för människans handlande (Granbom 1998 s. 83).

Motivation kan delas in i inre och yttre motivation. Inre motivation är en naturlig motivering som driver människan till handling eller aktivitet. Den inre motivationen baserar sig på inre personlighetsfaktorer och framträder då människan söker svar på något av eget intresse. Människan kan med andra ord inte skapa inre motivation utan bör upptäcka den. Inre motivation kan beskrivas som en upplevelse där människan upplever mening med det denne gör på basen av sin egen drivkraft. Enligt forskning upplever människan en ökad inre motivation då denne får stöd och uppmuntran i sina egna initiativ. Yttre motivation innebär däremot att människans beteende är beroende av belöning eller uppnående av mål. Beteendet kan också basera sig på yttre kontroll då beteendet varar så länge som kontroll existerar. Den yttre motivationen har en kortsiktig påverkan. (Granbom 1998 s. 15-16;98)

Incitament är yttre stimuli som ger människan lust att utföra en aktivitet. Ett incitament kan vara antingen positivt eller negativt då människan antingen drar sig till det eller strävar att undvika det. Exempel på positiva incitament är verbal beröm, vinster och diplom medan hotelser är till exempel negativa incitament. Dessa yttre motiverande faktorer är viktiga för motiverande av beteendet. Då incitament manipuleras kan en individs beteende påverkas. (Granbom 1998 s. 14-15)

Enligt Maslow skall man påverka människans motiv för att kunna påverka människans handlande och förändra dennes beteende. Motiven, det vill säga de processer i individen som sätter i gång ett beteende och är beteendets drivkraft, är enligt Maslow oftare omedvetna än medvetna. Det är ofta flera motiv som samverkar då en människa motive-ras till handling. (se Granbom 1998 s. 19)

Behov är en definition inom psykologi och fysiologi som förklarar målinriktat beteende. Maslows motivationsteori, behovshierarki, omfattar en hierarkisk indelning av människans fem grundläggande behov. (se Granbom 1998 s. 20;32) Behovshierarkin består av; fysiologiska behov, trygghetsbehov, tillhörighets- och kärleksbehov, uppskattningsbehov samt behov av självförverkligande (Maslow 1970 s. 35-46). Tanken med behovshierarkin är att hitta en bakomliggande orsak, ett behov, som kan förklara människans beteende. Behovens hierarki kan ses som en trappa där behovstrappan börjar med grundläggande behov och fortsätter med mer sociala och humanistiska behov. Trappstegen kan dock byta ordning beroende på människans personlighet och livssituation. Vissa personer kan uppfatta behoven av uppskattning och tillhörighet som viktiga medan andra kan värdesätta självförverkligandebehovet som viktigt. På basis av behovstrappan kan en individ även delas in i en viss personlighetstyp. En viss personlighetstyp behöver en särskild påverkan för att kunna lyckas med en förändring. En expert kan konstatera vilket behov som är mest styrande för en individ, fastställa vilken personlighetstyp denne hör till och utifrån det motivera individen. För att en personlig utveckling skall vara möjlig bör de lägre behoven dock tillfredställas. Detta ger individen egenskaper att förstå hur denne kan få sitt eget intresse och sin egen motivation att växa. (Granbom 1998 s. 32-33; 35; 37-38; 95)

Då människan vill förändra något i sin livsstil krävs det inre motivation. När individen upplever att denne får själv bestämma över sin egen tillvaro och kan hantera sitt liv, finns det möjlighet till engagemang. Människan har ett starkt behov av att själv få bestämma över sitt eget liv. (Granbom 1998 s. 10;16;82) Genom att bevara människans självständighet och stöda dennes inre motivation nås de bästa resultaten i en viktning. Det är därmed viktigt att fundera noga på individens motiv och behov i början av viktningprocessen. (Fogelholm 2003 s.61) Behandlaren, till exempel läkare, sjuksköterska eller någon annan som arbetar med att leda människor till bättre vanor, kan anpassa innehållet efter individens intressen och på så sätt stöda individens inre motivation (Granbom 1998 s. 84). Enligt Mustajoki et al. (2006 s.225-230) kan en persons motivation påverkas med hjälp av kognitiv beteendeterapi, beteendeanalys, motiverande samtal eller psykoterapi.

3 BESKRIVNING AV FETMA

I detta kapitel följer en mer ingående beskrivning av fetma för att bidra till djupare förståelse för ämnet. Kapitlet kommer att behandla förekomsten av fetma globalt och i Finland, fetmans inverkan på hälsan, ätstörningar vid fetma, orsaker till fetma och förebyggande samt behandling av fetma.

3.1 Förekomst av fetma globalt och i Finland

Enligt den internationella organisationen International Obesity Taskforce (IOTF) uppgifter lider 475 miljoner vuxna personer av fetma globalt. Ifall man beaktar Asien, som har snävare viktindex kriterier än den västerländska populationen, och dess definition av fetma, är antalet vuxna som lider av fetma över 600 miljoner. I Europeiska unionen klassas cirka 60 procent av den vuxna befolkningen, det vill säga kring 260 miljoner vuxna, som överviktiga eller feta. (International Obesity Taskforce)

Finländarnas genomsnittliga vikt, viktindex och midjeomkrets steg betydligt mellan 1970 och 1990. Sedan dess har takten saktats ner. (Duodecim 2011) Enligt den nationella undersökningen Finriski 2012 hade 20 procent av männen och 19 procent av kvinnorna i Finland fetma. 66 procent av männen och 46 procent av kvinnorna var överviktiga eller hade fetma. (Institutet för hälsa och välfärd) Studier visar att människans kroppsvikt stiger med ökande ålder. Fetma är vanligast bland medelålders män i åldern 55-64 år och bland kvinnor över 65 år. (Duodecim 2011)

3.2 Fetmans inverkan på hälsan

Fetma förorsakar flera olika hälsorisker. Sjukdomar som är förknippade med fetma är hjärt- och kärlsjukdomar, ämnesomsättningssjukdomar, lungsjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, ledsjukdomar, cancersjukdomar och sömnapné. Hjärt- och kärlsjukdomar innefattar bland annat högt blodtryck, kranskärslssjukdom och stroke. Ämnesomsättningssjukdomar innefattar metabolt syndrom, typ 2-diabetes, dyslipidemi, det vill säga fettrubbning, och gikt, alltså inflammation i led. Lungsjukdomar omfattar lung- hjärtsjukdom, pulmonell arteriell hypertension och hyperventilation. Pulmonell arteriell

hypertension betyder att lungornas blodkärl blir för trånga medan hyperventilation innebär ökad andning. Mag- och tarmsjukdomar innefattar gallsjukdom, leversjukdom och refluxesofagit, det vill säga inflammation i matstrupen. Ledsjukdomar omfattar osteoartrit, vilket betyder att brosk i leder bryts ned, och gikt. (Mustajoki et al. 2006 s. 25)

För kvinnor omfattar risken med övervikt cancersjukdomar som till exempel bröst-, livmoderhals-, livmoderkropp-, äggstocks-, gallblåse- och gallvägscancer samt njurcancer. För män omfattar riskerna cancersjukdomar som bland annat tjocktarms-, ändtarms-, prostata- och njurcancer. (Mustajoki et al. 2006 s. 25) Även sömnapné är vanligare vid övervikt och fetma, och innebär andningsuppehåll under sömn (Lindroos & Rössner 2007 s. 175). Fetma kan därtill leda till bland annat infertilitet, menstruationsstörningar, förändringar i huden, hirsutism, vilket betyder kraftigt ökad behåring hos kvinnor, hypogonadism, det vill säga att könskörtlarna har en bristfällig funktion, urininkontinens och nefros, som är en njursjukdom. (Mustajoki et al. 2006 s. 25) Fetma kan även förorsaka ryggbesvär, funktionsnedsättning och nedsatt rörlighet. (Andersen et al. 1998 s. 57-59)

Bukfetma, eller så kallad äppelfetma, innebär att det har samlats fett i bukhålan och kring de inre organen. Bukfetma är mer skadligt än höftfetma, så kallad päronfetma, där fettet är samlat på höfter och lår. (Iländer et al. 2006 s. 330-331) Vid bukfetma påverkas ämnesomsättningen vilket ofta leder till högt blodtryck, höga triglycerider, det vill säga fettsyror, lågt HDL, det så kallade goda kolesterolet, eller förhöjda blodsocker- och insulinvärden. En gemensam benämning för dessa symtom är metabola syndromet, som i sin tur ökar risken för ytterligare sjukdomar som till exempel typ 2-diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. (Johansson 2007 s. 259-260) Kvinnor har i allmänhet mer fett än män. Kvinnan har större fettdepåer över stussen och låren samt ett tjockare lager underhudsfett. Män däremot, tenderar att samla överskottsfett över buken. Dessa könsskillnader beror på hormonella orsaker. (Lindroos & Rössner 2007 s. 23)

Svår fetma försvagar den fysiska kapaciteten och förorsakar därmed psykosociala problem (Fogelholm 2003 s. 51). Sociala aktiviteter på allmänna platser, som till exempel att prova och köpa kläder eller deltagande i uteliv, kan upplevas som besvärligt. Hög psykosocial besvärnivå anses ha ett klart samband med sänkt psykiskt välbefinnande.

(Lindroos & Rössner 2007 s. 208) Diskriminering av omgivningen, i form av till exempel stereotypa attityder att en individ som lider av fetma skulle även ha negativa personliga egenskaper, kan ha en negativ inverkan på den mentala hälsan hos en person som lider av fetma. Flera människor tänker att fetma är självförvållat och saknar således förståelse och sympati för den kraftigt överviktiga individens situation. En del individer som lider av fetma upplever därtill en störd kroppsuppfattning, då de till exempel över-skattar sin egen kroppsstorlek och känner självförakt till sin egen kropp. (Andersen et al. 1998 s. 125;207) De som har en negativ attityd till sin egen kropp påverkas också negativt i sin kroppsuppfattning av viktrelaterad stigmatisering, vilket kan innebära att individen blir utpekad av andra på grund av sin kropps-vikt. Stigmatisering har negativa psykologiska konsekvenser såsom mer kroppsmissnöje, sämre psykologisk funktion, lägre självkänsla och högre grad av depressivitet. (Lindroos & Rössner 2007 s. 215)

3.3 Ätstörningar vid fetma

Vid fetma kan hetsätning förekomma. Hetsätning innebär att en person intar stora mängder föda okontrollerat. (Lindroos & Rössner 2007 s. 225) Hetsätningss störning, på engelska Binge Eating Disorder, BED, är en ätstörning som är vanlig bland individer som lider av fetma. BED består av såväl tillfälliga överättningsattacker, som grava upprepade perioder av extrem överätning med känslor av hopplöshet och skamkänslor. En individ som lider av hetsätning äter fastän denne inte känner sig hungrig och upplever ofta känslor av skuld samt förnedring under tillståndet. Individer som lider av både fetma och BED lider samtidigt ofta av psykiska problem som till exempel nedstämdhet, ångest och personlighetsstörningar. (Andersen et al. 1998 s. 207-209) Bulimia nervosa, det vill säga bulimi, innebär regelbundna hetsätningsepisoder varefter människan vill rensa bort de extra kalorierna eller motverka viktuppgång genom ett så kallat kompensatoriskt beteende. Det kompensatoriska beteendet sker till exempel via kräkning, missbruk av laxeringsmedel, fasta eller överdriven motion. (Lindroos & Rössner 2007 s. 226-227)

3.4 Orsaker till fetma

Fetma är ofta resultatet av flera samverkande faktorer. Faktorer som medverkar till utvecklingen av fetma är genetiska, biologiska, sociala, psykologiska och etniska. (Melin 2001 s. 5;12) Både miljön och arvsanlagen bidrar till fetma (Ilander et al. 2006 s. 336). Bristfälliga kostvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och obalans mellan energiintaget och energiuttaget är faktorer som höjer risken till att utveckla fetma (Melin 2001 s. 5). Rökning och riklig användning av alkohol kan därtill predisponera för bukfetma (Ilander et al. 2006 s. 331). Rökstopp leder dessutom till viktuppgång (Andersen et al. 1998 s. 311). Arvsmassan tros ha en betydelse för hur fettet är fördelat på kroppen (Ilander et al. 2006 s. 331). Dess betydelse kan ses bland annat genom en mindre energiförbränning eller ett extra stort sug efter fet mat. Det har dock inte hittats en enda gen som skulle kunna förklara fetma. Däremot kan flera gener tillsammans medföra fetma. (Fogelholm 2003 s. 52)

Människans hormonnivåer inverkar på kroppsvikten och fettfördelningen. Hos kvinnor leder höga testosteronnivåer till bukfetma medan låga nivåer av testosteron leder till bukfetma hos män. Könshormonerna progesteron och östrogen skyddar kvinnor mot bukfetma medan testosteron fungerar som skydd mot bukfetma hos män. Med stigande ålder sjunker dock de skyddande könshormonsnivåerna vilket leder till att bukfetma lättare utvecklas. (Lindroos & Rössner 2007 s. 30).

Människans livsstil har förändrats oerhört både vad gäller människans matvanor och fysisk aktivitet. Maskiner, datorer, bil och TV påverkar människans fysiska livsstil alltmer och människan har blivit mer stillasittande. Samtidigt har utbudet av kost som är fet, kaloririk och lättillgänglig ökat, vilket i sin tur har lett till överkonsumtion av energi. (Melin 2001 s. 11) En allmän orsak till fetma är kombinationen av ökat kaloriintag och minskad fysisk aktivitet. Människor som har ärftlig benägenhet för viktuppgång utvecklar lätt fetma i en så kallad fetmadrivande miljö. Även fattigdom är en faktor som kan bidra till uppkomst av fetma då energitäta livsmedel är ofta billiga och lättillgängliga samt leder lätt till överkonsumtion. (Lindroos & Rössner 2007 s. 66;213)

3.5 Förebyggande av fetma

Målet med att förebygga fetma är att hindra människor från att utveckla fetma eller att fördröja viktökning så att fetmans negativa följder skulle minskas (Mustajoki et al. 2006 s. 130). Fetma kan förebyggas med hjälp av handlingsmodeller vars syfte är att minska risken för viktuppgång hos befolkningen och med åtgärder som är riktade åt personer som löper störst risk att utveckla fetma. För att minska förekomsten av fetma i befolkningen används åtgärder för intag av hälsosam kost och uppmuntran till ökad fysisk aktivitet på alla nivåer i samhället. Personer som hör till riskgrupper är bland annat personer med ärftlig belastning för typ 2-diabetes, barn till feta föräldrar, personer med högt blodtryck eller blodfettrubbningar, gravida kvinnor, kvinnor som befinner sig i klimakteriet och personer som slutat röka. (Andersen et al. 1998 s. 322-323)

Den primära utgångspunkten för att förebygga fetma är att förändra omgivningen så att viktkontroll skulle vara lättare. Det är därtill viktigt att inverka på människors personliga motiv, behov och kunskap. (Mustajoki et al. 2006 s. 130) Kosten som erbjuds borde vara energifattig, ge tillräckligt hög mättnadsgrad och uppskattas av befolkningen. Fettkonsumtionen i västvärlden borde minskas för att det totala energiintaget skulle kunna begränsas. Det skall finnas tillgång till hälsosam mat som borde uppfattas som normalkost och smaka bättre än fet mat. Det är viktigt att människan är medveten om riskerna som är förknippade till fet mat och fetma samt vad som är fördelarna med att behålla en hälsosam kroppsvikt. Hälsosam kost i samband med ökad energiförbrukning genom fysisk aktivitet är grundstenen för att förebygga fetma. Motion under arbetet och fritid samt andra fysiska aktiviteter är av stor vikt för att upprätthålla god hälsa. Energiomsättningen i arbetet kommer troligen dock inte att öka, då vardagsaktiviteten blir det främsta alternativet för att öka den totala energiomsättningen. Genom att bygga bland annat cykelvägar och parker där man kan promenera, löpa samt leka med sina barn kan den fysiska aktiviteten främjas på riks- och kommunnivå. (Andersen et al. 1998 s. 326-329;331-332;335)

Hälsokampanjer, utbildning, kontroll av reklam, livsmedelstillverkning och prissättning är exempel på förebyggande åtgärder mot övervikt (Andersen et al. 1998 s. 129). Viktiga arenor, det vill säga platser och situationer där man kan nå människor, för att före-

bygga fetma, är till exempel skolor, arbetsplatser, butiker och friluftspplatser (Mustajoki et al. 2006 s. 136). International Obesity Task Force har utformat en modell för främjande av fetma som består av fem steg. Det första steget går ut på att identifiera problemets storlek med hjälp av till exempel befolkningsforskning. Det andra steget innebär att söka eventuella faktorer som har orsakat fetma och specificera en riskgruppsanalys. Det tredje steget går ut på att söka eventuella förebyggande strategier och handlingsprogram på basis av tidigare information. Det fjärde steget innebär att granska kritiskt olika lösningar och möjligheter till förverkligande. Det femte steget går ut på att göra det slutliga valet av strategi, arena och handling. (se Mustajoki et al. 2006 s. 136-137)

Det slutliga ansvaret ligger dock på den enskilda individen. Människan bestämmer själv hurudana val denne gör i sin vardag. Människans levnadsvanor kan antingen förebygga fetma eller så inte. Samhället kan dock stöda individen till hälsosamma levnadsvanor genom att uppmuntra och förbättra möjligheterna. Arbetsplatserna kan till exempel erbjuda en bra lunch och uppmuntra till fysisk aktivitet både under och efter arbetstid. Hälsosamma levnadsvanor på arbetsplatsen kan leda till ett gemensamt sätt att tänka och handla. (Mustajoki et al. 2006 s. 139)

3.6 Behandling av fetma

Behandling av fetma kan delas in i två olika skeden; bantning och viktkontroll. Bantningsfasen pågår en begränsad tidsperiod medan viktkontrollfasen räcker tidsmässigt lika länge som det tar för nya vanor att nötas in. (Fogelholm 2003 s. 54-55) Det finns olika alternativ för behandling av fetma. I denna studie nämns följande alternativ; livsstilsbehandling, dietbehandling, lågkaloridiet, läkemedelsbehandling och kirurgisk behandling. Valet av behandling beror på graden av fetma och individens övriga sjukdomar. En behandling behövs alltid då en individs BMI är över 30, individen lider av bukfetma eller då individen lider av symtom som är förknippat med Metabola syndromet. (Ilander et al. 2006 s. 339) Individen bestämmer själv vilken behandling denne väljer av de möjliga alternativen. Individens eget ansvar har en betydande roll i behandlingsprocessen. (Ravitsemus ja ruokavaliot 2006 s. 88) Oberoende vilken behandlingsform man än använder sig av, så kräver bestående resultat bestående förändringar i människans kost- och motionsvanor (Mustajoki et al 2006 s. 161).

Den grundläggande formen för behandling av fetma är så kallad livsstilsbehandling, där människans levnadsvanor justeras och förnyas. Kost och fysisk aktivitet står i fokus, samt de tankar som påverkar dem. Behandlingen baserar sig på människans egna långsiktiga mål. Målen bör vara så realistiska och konkreta som möjligt för att de skall kunna uppnås och bli permanenta. Livsstilsbehandling rekommenderas att göra i samarbete med proffs inom hälsovården. Behandlingen skall bestå av flera besök och gärna utföras i grupp. Livsstilsbehandlingen kan stödas med lågkaloridiet och läkemedelsbehandling. (Käypä hoito 2011) Beteendemodifikation används för att kontrollera och förändra de tankar som påverkar ätandet (Mustakjoki et al 2006 s. 164).

Dietbehandling går ut på att äta näringsrik kost men samtidigt minska energiintaget. Dietbehandling, vilket innebär förändringar i dieten, går ut på att minska det dagliga energiintaget men behålla kostens näringsinnehåll stabil. Kosten bör med andra ord bestå av alla nödvändiga proteiner, vitaminer, mineralämnen och essentiella fettsyror som människan behöver. Det är viktigt att beakta att bland annat protein-, kalcium- och D-vitamin intaget är tillräckligt. Under en dietförändring är det viktigt att uppmärksamma följande: regelbunden måltidsrytm, mindre portionsstorlek, ökning av grönsaker, bär, frukter och fullkornsprodukter samt undvikande av hårt fett, vitt mjöl, socker och alkohol. En lugn bantningstakt, det vill säga en viktnedgång på cirka 0,5-1 kg i veckan, är lämplig för att upprätthålla muskelmassan i kroppen. (Käypä hoito 2011)

En lågkaloridiet, Very Low Calorie Diet, VLCD, innebär att man under ett dygn intar ett energifattigt näringspreparat som innehåller alla essentiella näringsämnen, men endast kring 800 kilokalorier. Man får därtill äta grönsaker och rotfrukter som innehåller kalorier i små mängder som till exempel gurka, zucchini och morot. En lågkaloridiet bör tillämpas endast i fall där behandlingen har rekommenderats av en läkare som är specialiserad på fetma. En lågkaloridiet pågår oftast i 6-12 veckor, max 16 veckor, och skall helst följas upp av hälsovårdspersonal. Vikten sjunker ofta kring 1,5 - 2,5 kg i veckan. (Käypä hoito 2011)

Fetma kan även behandlas med läkemedel. Läkemedel skall tillämpas endast vid fall då personen är motiverad att gå ner i vikt och färdig att ändra sin livsstil, samt då motion och dietbehandling redan är en del av behandlingsprocessen. Viktindexet bör vara minst

30 eller 28 om personen har följsjukdomar. I Finland är Orlistat det enda läkemedlet som är ämnat för behandling av fetma. Orlistat hindrar fetter från att spjälkas då cirka 30 procent av de fett man äter inte suggs upp i tarmen. Läkemedlet kan också användas som stöd för viktkontroll. (Käypä hoito 2011)

Vid svår eller extrem fetma kan en kirurgisk behandling vara ett alternativ. Viktindexet bör med andra ord vara över 40 eller minst 35. En kirurgisk behandling ses som ett alternativ först då alla andra behandlingsmetoder prövats utan resultat. Gastric bypass är den vanligaste operationsmetoden i Finland. Operationen leder till att aptiten minskar och att människan endast kan äta små mängder mat åt gången. Ett annat kirurgiskt alternativ är magsäcksförminskning, där man tar bort en stor del av magsäcken. Efter en operation måste den opererade ändra sina matvanor genom att äta betydligt mindre än tidigare. Kosten bör vara näringsrik och kompletteras med vitamin- och mineralpreparat. (Käypä hoito 2011)

Viktkontrollfasen följer efter bantningsfasen och innebär upprätthållande av den lägre kroppsvikten (Mustajoki et al. 2006 s. 164). Sannolikheten att människan går upp i vikt efter att viktnedgångsprocessen är över är stor eftersom människan lätt faller tillbaka i sina gamla vanor, främst sina gamla kost- och motionsvanor (Ilander 2006 s. 359). Under viktkontrollfasen är det viktigt att människan strävar efter bestående förändringar i sina levnadsvanor (Mustajoki et al. 2006 s. 164). Människan bör hitta en energiintagsnivå som motsvarar den nuvarande förbrukningen (Ilander 2006 s. 359). Den fysiska aktiviteten bör även anpassas till den nya tillvaron. Forskning visar att personer som är fysiskt aktiva efter bantningsfasen har en bättre viktkontroll än personer som inte är fysiskt aktiva. Viktkontrollfasen kan ses som en inlärningsprocess där människan både lär sig och integrerar levnadsvanor, för att hållas i energibalans med sitt nya förminskade energibehov. Kostens kvalitet, regelbundna måltider, att kunna känna igen, hantera och förhindra risksituationer samt återfall, tron på sig själv och tilläggning av fysisk aktivitet är viktiga komponenter i viktkontroll. (Mustajoki et al. 2006 s. 206;262-263;266)

4 KOST OCH FETMA

I följande avsnitt behandlas kostens betydelse för fetma och viktnedgång. Avsnittet redogör också för människans energibehov, hunger- och mättnadskänslor samt ätbeteende.

4.1 Energibalans

Människan äter kring 10 miljoner kilokalorier under en livstid. För att kroppsvikten skall hållas någorlunda konstant bör det finnas en energibalans i kroppen. Energiintaget bör med andra ord anpassas efter energiutgifterna. Ifall energiintaget är högre än energiutgifterna ökar vikten. (Johansson 2007 s. 258) Då människan går upp i vikt är denne i positiv energibalans medan negativ energibalans innebär att människan går ned i vikt. Fetma är resultatet då energibalans har pågått i kroppen under en längre tid. Energibalansen påverkas av biokemiska, endokrina, fysiologiska och neurala processer. Dessa processer avgör vad den intagna energin används till, till exempel till tillväxt, värmeproduktion eller för produktion av mjölk vid amning. Faktorer i omgivningen och människans beteende påverkar därtill balansen mellan energiintaget och energiförbrukningen. Människan är dock aldrig i total energibalans fastän kroppsvikten är stabil. Energiintaget, energiförbrukningen och energiförrådet förändras konstant samtidigt som de påverkar varandra. (Lindroos & Rössner 2007 s. 75)

Människans energikällor utgörs av kolhydrater, fett och alkohol. Fett bidrar med hälften så mycket energi som protein och kolhydrater. Därefter kommer alkohol, som också ger mer energi än protein och kolhydrater. Protein ger däremot en högre mättnadskänsla än kolhydrater och fett, medan kolhydrater ger en högre mättnadskänsla än fett. Kroppens kapacitet att lagra fett är obegränsad medan lagring av kolhydrater är begränsad. Protein lagras i kroppen endast i undantagsfall. Alkohol lagras inte överhuvudtaget och måste därmed förbrännas efter intag. (Lindroos & Rössner 2007 s. 76-77;95)

Mat som innehåller mycket fett är med andra ord energität och ger även i små mängder proportionellt mycket energi. Fet mat kan lätt leda till att människan äter för mycket eftersom människan har en benägenhet att tänka mer mängdmässigt än energiinnehålls-

mässigt på det denne äter. (Lindroos & Rössner 2007 s. 98-99) Eftersom fett har den lägsta mättnadseffekten blir människan snabbare hungrig efter att ha ätit en fettrik måltid jämfört efter en proteinrik måltid. Då fettets andel i kroppen nått en viss punkt slutar kroppen använda fett som energi och lagrar överlopps fett istället som fettvävnad. Vid viktnedgång rekommenderas att fettmängden är 25-30% av kostens totala energimängd. (Mustajoki et al. 2006 s. 169-170)

Livsmedel som innehåller kolhydrater kan vara allt från fiber- och fullkornsprodukter till läskedrycker och godis. Flera studier visar att en fiberrik kost resulterar en mindre viktökning än en kost med lägre fiberintag. Fibrer skapar mättnadskänsla då det är lättare att hålla uppsikt över energiintaget. Fullkornsprodukter har därtill en lägre energitäthet jämfört med så kallade raffinerade produkter som till exempel vitt socker eller vitt mjöl. (Lindroos & Rössner 2007 s. 100) Glykemiskt index beskriver hur snabbt kolhydratsmässiga livsmedel höjer blodets sockernivå jämfört med glukos. Ju större GI-värde desto snabbare stiger blodsockret och desto mer insulin frigörs i blodet. Socker, vitt mjöl och vitt ris är exempel på livsmedel som har ett högt glykemiskt index medan fullkornsbröd, bönor och linser har ett lågt glykemiskt index. Kolhydraternas rekommenderade dagliga mängd är 50-60% av den totala energimängden. (Mustajoki et al. 2006 s. 170-171)

Det är viktigt att få tillräckligt med protein då man vill gå ner i vikt eftersom det sparar muskelmassan i kroppen. Proteinrik kost håller därtill hungers känslan borta längre än kost som innehåller fett eller kolhydrater. (Mustajoki et al. 2006 s. 172) Ett rikligt proteinintag gagnar också en viktnedgång eftersom en proteinrik kost leder till en större energiförbrukning. Cirka 30 procent av proteinets energimängd förbrukas till värmeproduktion. (Iländer 2006 s. 349) Protein som härstammar från djurriket, till exempel ägg, fisk, kött eller mjölkprodukter, är biologiskt sett de bästa. Vid viktnedgång rekommenderas att proteinmängden är 15-20% av kostens totala energimängd. (Mustajoki et al. 2006 s. 172)

Kosten spelar en central roll vid behandling av fetma (Mustajoki et al. 2006 s. 167). Genom att tillägga grönsaker, frukt, bär och fullkornsprodukter samt minska på fett och socker kan människan sänka energitätheten i sin kost (Lindroos & Rössner 2007 s. 104).

Människan måste dock inta tillräckligt med fleromättade fetter, varav de viktigaste är omega-3 och omega-6, som finns till exempel i fet fisk, valnötter, rapsolja och solrosolja (Livsmedelsverket). Vid viktnedgång är det viktigt att äta regelbundet, lägga upp rimliga portionsstorlekar och undvika överdriven konsumtion av alkohol (Ravitsemus ja ruokavalio 2006 s. 89). Kosten bör vara väl sammansatt och näringsrik för att kunna förebygga bristtillstånd och upprätthålla god hälsa (Lindroos & Rössner 2007 s. 243).

4.2 Energibehov

Människans energibehov är individuellt. Energibehovet varierar beroende på kön, vikt, fysisk aktivitet och ålder. En normalviktig man, cirka 70kg, med låg till måttlig fysisk aktivitet behöver mellan 2500 och 3000 kcal/dag medan en kvinna med motsvarande vikt behöver mellan 2000 och 2500 kcal/dag. Det är dock viktigt att mängden mat och dryck anpassas individuellt efter behov. (Lindroos & Rössner 2007 s. 244)

4.3 Hunger och mättnad

Kroppsvikten regleras av ett hormonellt samspel mellan mag-tarmkanalen, kroppens energiförråd och hjärnan. Hjärnan registrerar signaler både från mag-tarmkanalen, blodbanan och från kroppens energiförråd och reagerar på dem. Magsäcken kan till exempel signalera om den är full eller inte, då mycket mat i magen leder till känslan av mättnad, medan en tom magsäck leder till känslan av hunger. Hungers- och mättnadskänslor påverkas av mängden socker i blodet. Då blodsockernivåerna sjunker känner människan sig hungrig och då de stiger känner människan sig mätt. (Johansson 2007 s. 258-259) Hunger är sålunda en fysiologisk känsla men den är också psykologiskt betingad då den infaller samtidigt som människans individuella måltidsordning. Man kan känna sig irriterad och trött då man är hungrig. Hungerskänslan innebär att man känner ett starkt behov av att äta för att få känslan att försvinna. Då man äter eller dricker försvinner känslan. Hunger förknippas sällan med att man vill äta något speciellt. (Melin 2001 s. 90)

Sugkänslan upplevs däremot ofta som en känsla av att vilja äta eller dricka något speciellt. Denna känsla kan uppstå även om människan redan är mätt. Att känna sug för något är en emotionell upplevelse. Människan vill uppnå en positiv känsla, till exempel

känslan av välbehag eller dämpad ångest, genom att tillfredsställa suget. Hungers- och sugkänsla kan också förekomma samtidigt, till exempel då människan är i matbutiken på tom mage och ser något gott som denne känner sug för. (Melin 2001 s. 90-91)

4.4 Ätbeteende

Ätbeteenden innebär de beteenden som förekommer i situationer där mat intas. Ätbeteendet är individuellt och varierar beroende på situationen. (Melin 2001 s. 17-18) Människans ätbeteende kan delas in i känslomässigt ätande, ätande påverkat av omgivningen, återhållet ätande och okontrollerat ätande. Känslomässigt ätande betyder att ätande kompenserar olika känslotillstånd, främst negativa känslor. Ätande påverkat av omgivningen handlar om att ätandet styrs av yttre faktorer som till exempel ett stort utbud med god mat i affären. Återhållet ätande innebär att en person försöker hålla ner vikten genom ett konstant bantande beteende. Detta ätbeteende kan för överviktiga innebära viktminskning medan det för andra kan handla om ett problematiskt ätbeteende, där det till exempel utelämnas måltider, vilket riskerar att kompenseras med överätande av onyttig mat. Okontrollerat ätande förknippas med kontrollsvårigheter och oförmåga att kunna sluta äta. (Lindroos & Rössner 2007 s. 217-218) Människans ätbeteendet påverkas av kulturella och psykosociala faktorer såsom arbetstider samt kulturella sedvänjor. I medelhavsländerna äter man till exempel mer till middag och kväll medan i Östeuropa äter man mer till morgon och lunch. (Andersen et al. 1998 s. 107)

5 FYSISK AKTIVITET, MOTION OCH FETMA

I detta kapitel beskrivs den fysiska aktivitetens och motionens betydelse för fetma. Fysisk aktivitet innebär vanligen lättare aktiviteter som till exempel att promenera, skotta snö eller städa, men som främjar både välbefinnande och hälsa. Motion eller träning utgör däremot en mer strukturerad och planerad aktivitet. Motion har ofta ett specifikt mål och utförs cirka tre gånger i veckan. Exempel på är motion är bland annat jogging eller aerobics. (Faskunger 2004 s. 16) Studier visar att fysisk aktivitet i kombination med ändrade kostvanor leder till större viktnedgång än enbart kost- eller motionsförändringar (Lindroos & Rössner 2007 s. 275).

Fysisk aktivitet kan påverka kroppsvikten och kroppssammansättningen (Andersen et al. 1998 s. 283). Fysisk aktivitet minskar fettet i bukhålan och påverkar positivt både på förhöjt blodtryck samt störningar i blodets socker- och fettomsättning (Käypä hoito 2011). Med hjälp av fysisk aktivitet ökar bland annat den maximala syreupptagningsförmågan, den fysiska arbetsförmågan förbättras, olika nivåer av enzymsystem ökar och kapillärtätheten i muskulaturen ökar (Ekblom et al. 1992 s. 199). Under en viktnedgång då både fettmassan och muskelmassan sjunker, kan regelbunden fysisk aktivitet minska muskelmassans reduktion med hälften samt upprätthålla människans funktionsförmåga. Fysisk aktivitet har dessutom indirekta psykologiska och sociala effekter som kan leda till bland annat bättre kostvanor. Genom att utöva fysisk aktivitet kan ångest och depression förminskas medan förmågan att klara av mental stress förbättras. Fysisk aktivitet kan därtill förbättra självkänslan och öka tillfredsställelsen med sin kropp. (Andersen et al. 1998 s. 283-285) Utövning av fysisk aktivitet är ett bra sätt att gå ner i vikt då människan är endast lite eller måttligt aktiv och människan har möjlighet att tillägga en rejäl mängd av fysisk aktivitet (Ilander et al. 2006 s. 354).

Så kallad bantningsmotion bör vara så mångsidig som möjligt och innehålla träning av muskelstyrka för att upprätthålla muskelmassan i kroppen (UKK-institutet 2010). Enligt Käypä hoitos rekommendationer skall en lämplig bantningsmotion bestå av motion som förbrukar minimi 300 kilokalorier per dag. Detta motsvarar 45-60 minuter måttligt ansträngande uthållighetsmotion, till exempel cykling, längdskidåkning eller rask promenad. (Käypä hoito 2011) Människan blir med andra ord ansträngd, men inte högröd och

andfådd (Lindroos & Rössner 2007 s. 91-92). Enligt UKK-institutet förbättrar 30 minuter rask promenad per dag både hälsan och funktionsförmågan. En timme rask promenad per dag förebygger däremot övervikt och förbättrar viktnedgångsresultaten en aning. Medan 90 minuter rask promenad i dagen förbättrar viktnedgångsresultatens varaktighet och främjar sålunda viktkontrollen. (UKK-institutet 2010)

Människan kan följa upp sin fysiska aktivitet exempelvis med hjälp av en pulsmätare. En pulsmätare mäter människans hjärtfrekvens och vissa modeller kan även uppskatta energiförbrukningen. (Mustajoki et al. 2006 s. 212) En stegräknare mäter däremot mängden steg i dagen och kan sålunda öka medvetenheten om mängden vardagsmotion. 10 000 steg i dagen motsvarar lite mindre än 45 minuters måttlig intensiv fysisk aktivitet, men mer än 30 minuters fysisk aktivitet. Det förekommer dock skillnader mellan stegräknare och det är individuellt hur mycket fysisk aktivitet varje människa behöver för att förebygga fetma. En rekommendation på 12 000-15 000 steg per dag kan vara den mängd som behövs för att undvika en skadlig viktökning. Vissa personer kan gå ned i vikt av 10 000 steg i dagen medan andra kan gå upp i vikt av 12 000-15 000 steg per dag. (Lindroos & Rössner 2007 s. 92)

Två till tre timmar motion i veckan anses ha positiva effekter på hälsan och konditionen. Aerobisk motion är ypperligt både för viktkontroll och för de sjukdomar som förorsakas av fetma. Lugn aerobisk aktivitet ökar energiomsättningen, har positiv inverkan på glukos- och lipidmetabolismen och förbättrar kroppens möjligheter att använda fett som energikälla. (Andersen et al. 1998 s. 290-292) Viktnedgång främjas dock bäst av motion som är högintensiv och åstadkommer stor energiförbränning. Detta är grenar där stora muskelgrupper arbetar länge utan pauser, till exempel skidning, simning, aerobics eller spinning. (Ilander et al. 2006 s. 355) Högintensiv fysisk aktivitet leder därtill till förhöjd förbränning i vila (Lindroos & Rössner 2007 s. 90).

Styrketräning är också en viktig del av viktnedgången fastän dess energiförbrukning inte är så stor. Styrketräningens förmåga att stimulera muskelproteinsyntesen gör att muskelmassan lättare bevaras i kroppen. (Ilander et al. 2006 s. 355) Viloförbränningen stiger också när muskelmassan ökar (Lindroos & Rössner 2007 s. 90). Energiförbrukningen som åstadkoms av motion kan förstärkas genom att öka antalet motionsgångar,

förlänga övningarnas längd och öka effekten på träningen. Energiförbrukningen ökar mest effektivt genom att öka mängden motionsgångar i veckan. Ifall detta inte är möjligt gäller det att öka längden på övningarna. Energiförbrukningen kan också ökas genom att göra träningen mer ansträngande. Ifall grundkonditionen är dålig lönar det sig att optimera viktnedgången genom att förlänga träningen på låg intensitet. Då grundkonditionen ökar kan intensiteten på träningen höjas. (Ilander et al. 2006 s. 355-356)

Vardagsaktivitet, som kan vara allt från lek med barn till arbetsaktivitet, anses vara viktigare för förebyggande av fetma än ökad motionsaktivitet. Motion kan givetvis vara en del av den totala fysiska aktiviteten, men kan inte ersätta en daglig vardagsaktivitet. Då människan vill öka energiomsättningen eller förhindra minskningen av energiomsättningen nås dessa mål bäst med ökad vardagsaktivitet. (Andersen et al. 1998 s. 331) Fördelen med vardagsaktivitet är att beteendet ofta rutin lättare än genom att till exempel träna på gym (Lindroos & Rössner 2007 s. 93).

Individens grad av fetma och hälsotillstånd inverkar på dennes möjligheter till fysisk aktivitet (Mustajoki et al. 2006 s. 214). Fysisk aktivitet är en bra viktnedgångsform för individer som lider av lite övervikt (Ilander et al. 2006 s. 354). För individer med svår- eller extrem fetma kan det däremot vara nödvändigt att gå ned i vikt innan det är möjligt att börja utöva fysisk aktivitet (Mustajoki et al. 2006 s. 214). Då människan lider av märkbar fetma kan motion med högre intensitet innebära hälsorisker, främst skador, men också fysisk samt mental ansträngning. Motion rekommenderas först för personer vars BMI är 30-35, helst under 30. Då vardagsaktiviteten är kring 30 minuter per dag är det förfogat att börja med motion. Det är viktigt att kroppen fysiologiskt anpassar sig till en ökad ansträngning. Det är även betydelsefullt att en person som lider av fetma skapar sina egna målsättningar för att öka sin fysiska aktivitet. En aktivitetsdagbok kan vara till hjälp för att följa upp hur människans målsättningar förverkligas. (Andersen et al. 1998 s. 288-290) Då fysisk aktivitet fungerar som en del av fetmabehandlingen är det viktigt att minnas att ökning av fysisk aktivitet faktiskt skall öka aktivitet och inte ersätta gammalt. Ifall en person börjar till exempel promenera 30 minuter om dagen kan det finnas en risk att denne lämnar bort andra vardagssysslor då den fysiska aktivitetens effekt är ganska liten. (Mustajoki et al. 2006 s. 205)

6 BETEENDEFÖRÄNDRING

I följande avsnitt beskrivs hur beteendeförändring inverkar på ämnet fetma, viktnedgång och motivation. Avsnittet behandlar beteendemodifikation och beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi och beteendeanalys samt den transteoretiska modellen.

6.1 Beteendemodifikation och beteendeterapi

Beteendemodifikation är en behandlingsmetod som baserar sig på teorier och forskning inom inlärnings-, kognitions- och socialpsykologi. Beteendemodifikation används i beteendeterapi och har sitt ursprung i behaviorismen. I behandlingen ligger individens beteende och dennes samspel med sin omgivning i fokus. Med hjälp av beteendemodifikation kan en person lära sig hantera, kontrollera och utforma sitt beteende. Tanken är att oönskade beteendemönster byts ut mot nya beteendemönster med hjälp av inläring och övning av nya tekniker samt strategier. Modifiering sker genom att kartlägga det nuvarande beteendet. Därefter analyseras beteendet och konkreta lösningar tänks ut. Genom att öva och lära in nya tekniker är det möjligt att kompensera det oönskade beteendet med ett nytt, mer önskat, beteende. Metoden baserar sig på hemuppgifter som individen utför i sin vardagsmiljö. Behandlingen är individinriktad fastän den kan utföras i grupp. Syftet med behandlingen är att stöda individen att ta kontroll över sitt eget liv. (Melin 2001 s. 13-15)

Beteendemodifikation omfattar bland annat förändring inom ätbeteende. Det är viktigt att inrikta sig på situationen som förekommer innan ätandet, det beteende som förekommer i samband med ätandet och ätandets verkan. (Melin 2001 s. 17-18) Beteendemodifikation omfattar också fysisk aktivitet. Den fysiska aktiviteten kan kartläggas och registreras med hjälp av beteendemodifikation. Genom beteendemodifikation kan människans motivation för att vara mer fysiskt aktiv ökas. (Lindroos & Rössner 2007 s. 271) Enligt World Health Organization är beteendemodifikation nödvändigt i situationer där målen är att förbättra matvanorna och den fysiska aktiviteten (se Melin 2001 s. 13).

Beteende innebär det människan gör, säger, tänker och känner. Människan gör inte sådant som denne inte tycker om och därför är det viktigt i en beteendeförändring att individen accepterar och tycker om den nya vanan för att den skall kunna bli permanent. Genom att identifiera de orsaker som åstadkommer ett beteende är det möjligt att nå en förändring. För att kunna nå en stegvis förändring av beteendet skall målen vara små och möjliga att uppnå. Målen bör kännas betydelsefulla för individen och skall kunna beskrivas konkret. Det är därtill viktigt att dagligen arbeta med förändring av beteendet och öva kontinuerligt. (Melin 2001 s. 22)

Individens inre motivation är grunden för en beteendeförändring. Att tro på sin egen förmåga är den viktigaste förutsättningen för att kunna ändra sitt beteende. Då människan upplever att denne lyckats ändra sitt beteende påverkas både motivationen och målsättningen positivt, då möjligheterna till ytterligare beteendeförändring ökar. Det huvudsakliga är att människan är medveten om vad som är problemet och vad som behöver förändras. Genom att göra en plan för hur förändringen skall gå till väga kan människan öka sin motivation och underlätta förändringsarbetet. Det är viktigt att människan får stöd och uppmuntran av både behandlare och omgivning under hela förändringprocessen. Individen bör vara inställd på att förändringen innefattar en ny livsstil, och är med andra ord en långsiktig förändring. (Lindroos & Rössner 2007 s. 268-269)

Självobservation om vikt, ätbeteende, tankar och känslor kring mat, motion och fysisk aktivitet är en del av beteendeterapeutisk behandling av fetma (Andersen et al. 1998 s. 268). Dessa observationer ger svar på frågorna vad, hur mycket, hur ofta, när, var och med vem samt ger information om individens tankar och känslor (Lindroos & Rössner 2007 s. 270). Att väga sig och registrera resultaten är ett exempel på en självobservationsmetod som ger information om energibalansen. Matdagbok är också en kostregistreringsmetod där man fyller i all mat och dryck som intas, klockslag, plats och tankar samt känslor som uppstår i samband med ätandet. En matdagbok bör fyllas i så realistiskt som möjligt. Med hjälp av olika observationsmetoder får man information om de faktorer som påverkar ätandet och de tankemodeller som kretsar kring mat samt feedback som i bästa fall stöder en förändring. (Fogelholm 2003 s. 56)

I beteendeterapier används olika slags instruktioner som är menade att användas i situationer där ätbeteendet skall förändras. Att planera inköpen i förväg, äta på en och samma plats i hemmet, skilja ätandet från andra aktiviteter eller laga mindre mängder av mat är exempel på instruktioner som kan förändra ätbeteendet. Med hjälp av exponeringsmetoden kan en individ lära sig självkontroll av känslor som är förknippade med hunger och sug. Metoden går ut på att en individ som lider av fetma söker sig till situationer där denne upplever känslor av hunger och sug samt låter bli att äta eller äter endast lite av maten. Genom att repetera användningen av exponeringsmetoden och låta bli att äta eller förändra ätandet, försvagas känslorna så småningom samt situationerna blir lättare att uthärda. Övningarna kan förstärka en individs självförtroende och dennes förmåga att övervinna komplicerade situationer. Tanken med självkontroll av känslor är att individen skall kunna styra sitt beteende så att det motsvarar dennes målsättningar. (Andersen et al. 1998 s. 270-275)

Risksituationer är situationer där en individ som lider av fetma äter för mycket och ohälsosam mat i relation till sin energibalans. Risksituationer är väldigt individuella och kan leda till viktökning. (Andersen et al. 1998 s. 276) Under en behandling kan risksituationer kartläggas med hjälp av risksituationsfrågeformulär och individen som lider av fetma kan använda risksituationsdagbok. Det är viktigt att hitta lösningar till stora och ofta återuppkommande risksituationer. (Fogelholm 2003 s. s. 61) Återfall, det vill säga återgång till gamla beteendemodeller eller en viktökning, är en naturlig del av viktneringsprocessen. En realistisk och konstruktiv attityd till återfall är viktigt samt planering av åtgärder vid eventuell viktökning. (Andersen et al. 1998 s. 276) Det är bra att individen är medveten om kritiska situationer, känner igen tidiga varningstecken och har genomtänkta planer för hur situationerna kan hanteras för att kunna förhindra återfall (Lindroos & Rössner 2007 s. 270). Psykiskt välbefinnande, bättre självkänsla och stresstolerans kan förbättra kontrollen av återfall både under och efter viktneringsperioden (Andersen et al. 1998 s. 285).

Föreläsningar om hälsosam kost och läsning av skriftligt material på egen hand kan hjälpa individen att anamma en hälsosam kost. Modellinläring kan också vara ett alternativ då behandlaren kan till exempel visa tallrikar med hälsosam kost för att visa individen vad det finns för alternativ att välja mellan. Diskussion om modeller, egna kost-

vanor, behag, känsloreaktioner och tankar kan därtill gynna individens kostvanor. Det är dock viktigt att individen inte totalt förbjuder ätande av ohälsosam eller energirik kost eftersom det sällan lyckas i praktiken. För stränga begränsningar kan i något skede leda till överätande av ohälsosam mat. (Mustajoki et al. 2006 s. 231-232)

6.2 Kognitiv beteendeterapi och beteendeanalys

Kognitiv beteendeterapi inleds med beteendeanalys då individens situation beträffande fetma beskrivs. Med hjälp av beteendeanalys får handledaren reda på individens livssituation, eventuella svårigheter och problem samt deras bakgrund och utvecklingshistoria. Beteendeanalysfasens idé är att bedöma ifall en behandling kan inledas eller ifall individen borde lösa vissa problem innan dess för att en viktnedgång skulle kunna vara möjlig. Utan beteendeanalys kan faktorer som påverkar individen motivation bli obemärkta. Det är vanligt i kognitiv beteendeterapi, framför allt i individuell behandling, att individen motiveras till förändring. Detta görs genom att handledaren gör en sammanfattning av individens analys, antingen skriftligt eller muntligt, där handledaren berättar med egna ord hur han eller hon har uppfattat individens situation och individen korrigerar beskrivningen vid behov. På detta sätt får individen en helhetsbild av sin egen situation. Analysen kan ha en betydande inverkan på individens mål och motivation för behandlingen. (Mustajoki et al. 2006 s. 225-226)

Med hjälp av beteendeanalys kan olika faktorerers inverkan och samband till vikten beskrivas. Faktorer som till exempel individens familjesituation eller andra personliga angelägenheter kan påverka dennes ätbeteende och vikt. I sådana fall kan det hända att det krävs andra förändringar än enbart förändring av matvanorna för att en viktnedgång skall kunna lyckas. Med hjälp av beteendeanalys kan en handledare få en helhetsbild om individens livssituation och ge råd beträffande problemfyllda situationer. (Mustajoki et al. 2006 s. 225-228)

Motivation ses ofta som ett grundläggande villkor för att en livsstilsbehandling skall lyckas. Viljan skall komma från en själv. Behandlingsmotivationen kan dock påverkas genom att tillämpa kognitiv beteendeterapi och beteendeanalys. Feedback om personens hälsotillstånd eller beteendevanor kan därtill väcka dennes motivation. Även motive-

rande samtal kan vara en motivationshöjande faktor. Tanken med motiverande samtal är att handledaren behandlar personen som lider av fetma med empati, klargör personens situation, drar nytta av personens egna föreställningar i planering av behandlingen och stöder dennes initiativförmåga. Handledaren kan sålunda ha en inverkan på personens behandlingsmotivation. Det är viktigt att handledaren tänker noga efter hur denne kommunicerar med en person som lider av fetma. (Mustajoki et al. 2006 s. 229-230) Individen får själv bestämma förändringsmotiven och utarbetandet av en förändringsplan med hjälp av motiverande samtal (Faskunger 2004 s. 162).

För att motivera en person till förändring kan Acceptance and Commitment Therapy, ACT, användas. ACT är en form av kognitiv beteendeterapi där människans egna värderingar ligger i fokus. Människans handlingar och funktioner skall vara i fred med dennes värderingar för att kunna leda till motivation. Ifall dessa strider emot varandra lider det däremot till dålig motivation. Tanken med ACT är att fastställa konkreta handlingar som hjälper människan att förverkliga det liv som människan uppskattar. (Mustajoki et al. 2006 s. 230-231)

6.3 Den transteoretiska modellen

Den transteoretiska modellen är en modell skapad av Prochaska och DiClemente. Modellen kan användas för att dela in en individ i ett viss stadie, beroende på graden av förändringsbenägenhet. Den transteoretiska modellen består av fem olika stadier: förnekelsestadiet, begrundandestadiet, förberedelsestadiet, handlingsstadiet och aktivitetsstadiet. I förnekelsestadiet funderar inte människan på en förändring och medger inte att det existerar ett problem. I begrundandestadiet accepterar människan problemet och funderar på en förändring. I förberedelsestadiet planerar människan en förändring. I handlingsstadiet har människan påbörjat förändringen och vill upprätthålla den. Aktivitetsstadiet innebär att människan fortsätter att upprätthålla beteendet och undviker återfall. (se Faskunger 2004 s. 23)

En förändring är en process, som rör sig genom olika skeden, tills människan är färdig att agera. Människan hamnar ofta gå igenom alla dessa stadier innan denne är redo att ändra sina levnadsvanor. Med hjälp av den transteoretiska modellen kan en läkare, sjuk-

sköterska eller näringsterapeut fastställa i vilket stadie den fete individen befinner sig i och anpassa behandlingen utifrån det. Behandlaren kan hjälpa individen att nå nästa steg genom att diskutera med individen, ställa frågor och ge råd. Tanken är att få individen att inse sin situation, tänka från nya vinklar och väcka individens motivation. Det är viktigt att individen har vilja och motivation för att kunna ändra sina levnadsvanor, framförallt för att de nya levnadsvanorna skall kunna bli bestående. (Mustajoki et al. 2006 s. 162)

7 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

I detta avsnitt presenteras först arbetets avgränsningar och därefter syfte och frågeställningar. Fetma kan drabba alla åldersgrupper, från barn till äldre av båda könen (Lindroos & Rössner 2007 s. 17). Det är allt vanligare att vuxna finländare lider av fetma och studier visar att finländarnas vikt ökar kraftigt i den unga vuxenåldern (Mustajoki et al. 2006 s. 16). Trots att det skulle vara intressant att fokusera på fetma bland unga vuxna så kommer denna studie att beakta ett bredare åldersperspektiv, det vill säga personer över 18 år. I studien kommer fetma att definieras som ett tillstånd där viktindexet antingen överstiger eller är lika med 30, medan gränsen för övervikt är BMI 25 (World Health Organization 2013 a). Viktnedgång kan studeras från olika synvinklar till exempel fysiologisk och psykologisk.

Studien kommer att granska motivationens betydelse för en viktnedgång. Enligt Granbom (1998 s. 83) innebär motivation grunden för människans handlande. Studien fokuserar på de faktorer som påverkar en individs motivation beträffande viktnedgång eftersom motivationen inverkar på hur en viktnedgång lyckas (Mustajoki et al. 2006 s. 229). Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att ta reda på vilka faktorer som inverkar positivt respektive negativt på motivationen vid viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Utgående från syftet har följande frågeställningar formulerats:

1. Vilka faktorer motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma?
2. Vilka faktorer demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma?

8 METOD

Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie för att frågeställningarna och syftet skulle kunna besvaras. För att kunna dra tillförlitliga slutsatser bör en systematisk litteraturstudie innehålla tillräckligt med studier av god kvalitet. Mulrow och Oxman har fastställt att en systematisk litteraturstudie utgår ifrån en tydligt formulerad fråga som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning. (se Forsberg & Wengström 2013 s. 26-27)

8.1 Etiska överväganden

Vid en systematisk litteraturstudie är det väsentligt att göra etiska överväganden gällande urval och presentation av resultat. Det är viktigt att välja studier där noggranna etiska överväganden har gjorts eller studier som har blivit godkända av etisk kommitté. Alla artiklar som ingår i litteraturstudien skall redovisas och alla resultat som stöder respektive inte stöder hypotesen skall presenteras. (Forsberg & Wengström 2013 s. 69-70) Det är inte tillåtet att utöva ohederlighet inom forskning. Vetenskaplig ohederlighet innefattar bland annat stöld av andras idéer och data, plagiat av andras texter samt förfalskning av data. Publikation av samma studie i flera sammanhang, upprepat slarv och oaktsamhet samt sabotage av kollegors arbete är också exempel på vetenskaplig ohederlighet. (Vetenskapsrådet 2011 s. 105-107) I detta arbete kommer dessa aspekter att beaktas.

8.2 Litteratursökning

Litteratursökningen gjordes med sökorden "fetma" (obesity), "viktnedgång" (weight loss), "viktminskning" (weight reduction) och "motivation" (motivation). Data samlades in från vetenskapliga artiklar utifrån följande databaser: Academic Search complete, PubMed, MEDLINE, SAGE journals och Google Scholar. Sökningarna gjordes först enbart med ett sökord i taget och kombinerades sedan med den booleska operatoren AND.

8.3 Urvalskriterier

För att hitta lämplig forskning sammanställdes specifika inklusions- och exklusionskriterier.

8.3.1 Inklusionkriterier

- Forskningarna skall beröra vuxna personer (över 18 år) med övervikt eller fetma
- Forskningarna skall vara inriktade på viktnedgång och de faktorer som påverkar en viktnedgång
- Forskningarna skall vara skrivna på svenska, finska eller engelska
- Forskningarna skall vara publicerade tidigast 2002

8.3.2 Exklusionskriterier

- Forskningar som berör fetma och viktnedgång enbart utifrån ett patogent- eller kirurgiskt perspektiv
- Forskningar som berör postpartum eller graviditet
- Forskningar som fokuserar sig på en specifik diet

8.4 Resultat av litteratursökningen

Sökningen utfördes 7.8.2013 - 28.9.2013 i databaser tillgängliga i Terkko, Helsingfors universitets bibliotek. Nedan framgår tabeller med de angivna sökorden och resultat från litteratursökningen (se tabell 4, 5, 6, 7, och 8).

Tabell 4. Sökord och träffar i databasen Academic Search Complete

Sökord	Träffar
Obesity	59270
Weight loss	28429
Weight reduction	5743
Motivation	49402
Obesity AND weight loss OR weight reduction AND motivation	102

Tabell 5. Sökord och träffar i databasen PubMed

Sökord	Träffar
Obesity	77744
Weight loss	22178
Weight reduction	2550
Motivation	26943
Obesity AND weight loss OR weight reduction AND motivation	302

Tabell 6. Sökord och träffar i databasen MEDLINE

Sökord	Träffar
Obesity	142945
Weight loss	60831
Weight reduction	6932
Motivation	83571
Obesity AND weight loss OR weight reduction AND motivation	571

Tabell 7. Sökord och träffar i databasen SAGE Journals

Sökord	Träffar
Obesity	14151
Weight loss	9391
Weight reduction	1283
Motivation	59314
Obesity AND weight loss OR weight reduction AND motivation	3181

Tabell 8. Sökord och träffar i databasen Google Scholar

Sökord	Träffar
Obesity	1170000
Weight loss	1470000
Weight reduction	1040000
Motivation	1120000
Obesity AND weight loss OR weight reduction AND motivation	17800

Rubrikerna på de funna artiklarna lästes igenom och ifall rubriken verkade vara av betydelse för arbetet lästes abstraktet igenom. Då abstraktet visade sig innehålla väsentlig information, lästes artikeln i sin helhet. Från Academic Search Complete exkluderades 96 artiklar medan 6 artiklar inkluderades. Av de artiklar som hittades i PubMed exkluderades 301 artiklar och en artikel inkluderades. Från MEDLINE exkluderades 569 artiklar och 2 artiklar inkluderades. Av de artiklar som hittades i SAGE Journals exkluderades 3177 artiklar och 4 artiklar inkluderades. Från Google Scholar exkluderades 17798 artiklar och 2 artiklar inkluderades. Sammanlagt inkluderades 15 stycken vetenskapliga artiklar, gjorda med antingen kvantitativ eller kvalitativ ansats.

De artiklar som exkluderades besvarade inte forskningsfrågorna eller följde urvalskriterierna. Artiklarna som exkluderades tog inte upp viktning och de faktorer som påverkar en viktning, hade en för låg eller hög ålderstruktur bland deltagarna, behandlade fetma enbart från ett patogent synsätt, berörde normalviktiga personer, handlade

enbart om fetma efter graviditet, hade lågt bevisvärde eller var skrivna på andra språk än svenska, finska och engelska. Två undantag till ovanstående gjordes dock eftersom artiklarna innehöll värdefull information och inte avvek för mycket från inklusionskriterierna. Artiklarna berörde deltagare där somliga hade normalvikt. I den ena studien meddelade 27 % av deltagarna att de hade normalviktig medan i den andra studien hade 75 av 256 respondenter normalvikt. Enligt Lindroos & Rössner (2007 s. 52) är det dock ett väldokumenterat fenomen att självrapporterat BMI resulterar i underskattningar och att dessa underskattningar tenderar att öka med ökande BMI. Det är därmed möjligt att en del deltagares verkliga BMI var högre än vad de själva rapporterade i studien där 27 % av deltagarna meddelade sig vara normalviktiga.

8.5 Kvalitetsgranskning

En systematisk litteraturstudies värde beror på en människas förmåga att identifiera och värdera relevanta studier. Det existerar ingen entydig process, men det är viktigt att varje studie värderas i flera steg. Metoder som underlättar en systematisk ansats har utvecklats. Det finns vissa kvalitetskrav på de studier som ingår i en systematisk litteraturstudie. De studier som ingår skall innehålla studiens syfte, beskrivning av resultat och resultatens giltighet. En kvalitetsbedömning skall åtminstone innefatta studiens syfte och frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. Studiens publiceringsår kan därtill ge betydelsefull information. Vid klinisk forskning är det viktigt att minnas att forskningsresultat blir snabbt gammalt. (Forsberg & Wengström 2003 s. 118)

Det finns olika bedömningsmallar som kan användas vid kvalitetsbedömning. För att kvalitetsbedöma arbetets artiklar användes Forsberg & Wengströms checklistor för kvantitativa artiklar – randomiserade kontrollerade studier, kvantitativa artiklar – kvasi-experimentella studier och kvalitativa artiklar. Mallarna för de kvantitativa artiklarna behandlar syftet med studien, undersökningsgruppen, interventionen, mätmetoderna, analysen och värderingen av studien. Checklistan för de kvalitativa artiklarna tar upp syftet med studien, undersökningsgruppen, metod för datainsamlingen, dataanalys och utvärderingen av studien. (Forsberg & Wengström 2003 s. 118;186-200) Checklistorna modifierades för att kunna poängsättas. Frågorna omformulerades så att de kunde besvaras med ett "JA" eller "NEJ". För varje "JA" gavs studien en poäng medan ett "NEJ"

motsvarade noll poäng. Checklistorna kan åskådliggöras i Bilaga 1,2 och 3. Eftersom checklistornas maximala poängantal är olika, omvandlades de sammanlagda poängen till procent. De granskade artiklarna värderades att ha hög, medel eller låg kvalitet. Följande intervall för kvalitetsbedömning användes; 0-40% gav låg kvalitet, 41-70% gav medel kvalitet och 71-100% gav hög kvalitet på artikeln. Artiklar med låg kvalitet bör exkluderas från en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2003 s. 119).

8.6 Resultat av kvalitetsgranskningen

Ned till framvisas en tabell där kvalitetsgranskningen av artiklarna klargörs. Tabellen innehåller artiklarnas poängantal utgående från de frågor som ställts och artiklarnas kvalitetsvärdering. Artiklarna värderades enligt hög, medel eller låg kvalitet. Tio artiklar klassificerades som studier av hög kvalitet och fem artiklar som studier av medel kvalitet (se tabell 9). I kapitlet ”Resultat” presenteras artiklarna i en tabell där de kan kopplas ihop med numret.

Tabell 9. Resultat av kvalitetsgranskning enligt modifierade checklistor av Forsberg & Wengström (Forsberg & Wengström 2003 s. 186-200)

Nr	A	B	C	D	E	F	TOTALT		KVALITET
1	2/3	3/7	1/3	4/7	2/2		12/22	55 %	Medel
2	2/3	9/9	5/5	2/3	5/7	3/3	26/30	87 %	Hög
3	3/3	5/7	1/3	3/7	0/2		12/22	55 %	Medel
4	3/3	3/6	3/3	5/8	4/6		18/26	69 %	Medel
5	3/3	4/6	3/3	6/8	4/6		20/26	77 %	Hög
6	3/3	5/6	2/3	7/8	4/6		21/26	81 %	Hög
7	2/3	4/6	2/3	7/8	4/6		19/26	73 %	Hög
8	3/3	5/6	3/3	6/8	4/6		21/26	81 %	Hög
9	3/3	3/7	3/3	4/7	2/2		15/22	68 %	Medel
10	2/3	4/6	3/3	7/8	4/6		20/26	77 %	Hög
11	3/3	6/6	3/3	7/8	5/6		24/26	92 %	Hög
12	2/3	4/6	3/3	4/8	4/6		17/26	65 %	Medel
13	3/3	4/6	3/3	6/8	3/6		19/26	73 %	Hög
14	3/3	5/7	3/3	5/7	2/2		18/22	82 %	Hög
15	3/3	7/7	1/3	5/7	2/2		18/22	82 %	Hög

9 RESULTAT

Resultatredovisning är en väsentlig del av en systematisk litteraturstudie. Resultaten skall beskrivas tydligt och korrekt samt presenteras i en logisk följd. För att beskrivningen skall bli så heltäckande som möjligt skall följande komponenter inkluderas; författare, titel, publiceringsår, undersökningens frågeställningar, design, urval, bortfall, datainsamlingsmetoder, resultat och slutsatser. (Forsberg & Wengström 2003 s. 157-159) Artiklarna presenteras i en översiktstabell (se tabell 10) som av följs av en fördjupande textdel för att klargöra artiklarnas innehåll samt resultat.

Tabell 10. Översiktstabell på de inkluderade artiklarna

Artikel	Författare och titel	Syfte	Design	Urval/ Sam- pel	Mätinstrument	Resultat	Kvalitet
1	Georgiadis, Manolis M et al. 2006. <i>"Motivation for weight-loss diets: A clustering, longitudinal field study using self-esteem and self-determination theory perspectives"</i>	Att undersöka individer och de faktorer som motiverar viktnedgång för att kunna identifiera möjliga kluster. Dessa faktorer undersöktes under de första sex månaderna av interventionen.	Longitudinell fältstudie	n ₁ = 256 (33.9 år) n ₂ = 137 (33.4 år), n ₃ = 75 (33.8 år)	Treatment Self Regulation Questionnaire (TSRQ), Social Physique Anxiety (SPA) Scale, Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ), Kaiser Physical Activity Survey Questionnaire (KPAS) och frågor angående självförtroende samt förväntningar av att gå ned i vikt	Klusteranalyser gav stabila och validerade klusterprofiler för alla tre datamängder. I den första och andra datamängden visade resultaten tre kategorier av bantaren. Dessa betecknades som "media offer", "försöka känna sig attraktiv" och "äldre och erfaren". I den tredje datamängden identifierades fyra kategorier; "mindre anpassningsbar profil", "nästan mest framgångsrika bantaren", "framgångsrika bantaren" och "misslyckade bantaren".	Medel

2	West, DS et al. 2011. <i>"A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach"</i>	Att utvärdera ett teori baserat program för bibehållande av vikt som innefattar flera motivationsstrategier (Motivation-focused maintenance program). Detta program jämfördes med ett färdighetsbaserat program för bibehållande av vikt (Skill-based maintenance program) och en kontrollgrupp.	Randomiserad klinisk prövning	n = 338 (>30 år)	Mätning av kroppsvikt och längd, body mass index, självutvärderingsformulär, självregleringsfrågeformulär, single-item question (7-point response), frekvens av deltagande i självförstärkande aktiviteter (5-item scale), the exercise identity scale (5-point scale), närvarogångar vid gruppträffar och självreflek-tiva dagböcker	Både Motivation-focused maintenance program gruppen och Skill-based maintenance program gruppen uppnådde en betydligt större vikt-nedgång än kontrollgruppen på 18 månader. Motivation-focused maintenance program, det vill säga ett motivationsfokuserat program för bibehållande av vikt erbjuder således ett alternativt synsätt för bibehållande av vikt.	Hög
---	---	--	-------------------------------	------------------	---	--	-----

3	Tonstad, S. et al. 2006. <i>“Weight concerns and beliefs about obesity in the Norwegian population”</i>	Att beskriva önskemål att gå ned i vikt och uppfattningar om orsaker till fetma och behandling av fetma i ett representativt sampel av den norska populationen.	Tvärsnittsstudie	n = 1019 (30-60 år)	Datorassisterad telefonintervju; computer-assisted telephone interviewing (CATI)	Av alla respondenter önskade 76 % av de som beskrev sig själva som överviktiga och 27 % av de som hade normal vikt att gå ned i vikt. Bland män (40 %) var bättre hälsa den huvudsakliga orsaken att gå ned i vikt. Bättre välbefinnande var den huvudsakliga orsaken att gå ned i vikt bland kvinnor (37 %). Närmare 82 % av männen och 87 % av kvinnorna ansåg att ärftlighet inverkar på fetma. Mindre än 10 % ansåg att fetma är en sjukdom medan 24 % ansåg att fetma är en sjukdom och har andra orsaker. Majoriteten (91 %) ansåg att förändring av kost och fysisk aktivitet är den bästa behandlingsmetoden för behandling av övervikt samt fetma. Endast 7 % ansåg att det är möjligt att bibehålla en lägre vikt i två år efter ett framgångsrikt vikttnedgångsprogram.	Medel
---	---	---	------------------	---------------------	--	--	-------

4	Adolfsson, Birgitta et al. 2002. <i>"Treating obesity: A qualitative evaluation of a lifestyle intervention for weight reduction"</i>	Att identifiera vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma under ett ettårs vikttnedgångsprogram vid en hälsovårdscentral. Deltagarna intervjuades tre gånger under programmet och en gång ett år efter att det avslutats.	Kvalitativ	n = 15 (32-68 år)	Fyra stycken semistrukturerade intervjuer	14 stycken personer beskrev att känslor och faktorer som inte hade med hunger att göra, såsom stress, behov av samhörighet, oro eller trötthet påverkade deras matvanor. Endast en person beskrev hunger som den enda orsaken till att äta och nådde den största vikttnedgången efter två år. Emotionellt ätande påverkade fortsättningsvis alla de andra deltagarnas matvanor och viktökning.	Medel
5	Hardcastle, Sarah & Hagger, Martin S. 2011. <i>"You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior"</i>	Att identifiera främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring i relation till fysisk aktivitet och kost, hos patienter som lider av fetma. Även att förstå hur dessa patienter mottar och upplever konsultation.	Kvalitativ	n = 14 (57,6 år)	Semistrukturerad intervju	Analys av intervjuerna ledde till fyra teman; uppföljning och stöd, klientcentrerat samtalsstöd, inre motivation och självreglering samt hinder, det vill säga främst brist på stöd från närstående personer. Långvarig kontakt och socialt stöd var viktiga faktorer för dessa patienter.	Hög

6	Kwan, Samantha 2009. <i>“Competing Motivational Discourses for Weight Loss: Means to Ends and the Nexus of Beauty and Health”</i>	Att belysa hur individer som lider av fetma uppfattar hälsa och skönhet som motiverande vikt-nedgångsfaktorer samt sambandet mellan dessa.	Kvalitativ	n = 42 (24-49 år)	Semistrukturerad intervju	Enligt intervjuerna motiverar både hälsa och skönhet till vikt-nedgång. Gällandet sambandet mellan dessa kan konstateras att deltagarna upplevde ibland skönhetsideal som synonym till hälsoideal. Att se smalare ut eller att väga mindre upplevdes av vissa som att ha god hälsa.	Hög
7	Whale, Katie et al. 2013. <i>“Are you still on that stupid diet? Women’s experiences of societal pressure and support regarding weight loss, and attitudes towards health policy intervention”</i>	Att undersöka hur individers attityder och motivation beträffande vikt-nedgång påverkas av samhälleligt tryck att gå ned i vikt. Att undersöka individers växelverkan med den fetmadrivande miljön och deras attityder samt motivation beträffande vikt.	Kvalitativ	n = 10 (34-65 år)	Semistrukturerad intervju	Deltagarnas upplevelser av vikt-normer var motstridiga då media framställer starka krav gällande utseende och vikt medan familj och vänner underskattar vikt-nedgångsaktiviteter samt uppmuntrar till ökad förtäring. Därmed skulle det vara viktigt att familj och nära anhöriga stöder vikt-nedgången.	Hög

8	Byrne, S et al. 2003. <i>"Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study"</i>	Att undersöka de psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll bland kvinnor med fetma som har genomgått viktnedgång.	Kvalitativ	n = 76 (20-60år)	Individuell djupintervju och gruppintervju	Psykologiska faktorer som karakteriserade de som hade återfått sin ursprungsvikt kunde identifieras. Dessa faktorer var: misslyckande med att uppnå mål beträffande vikt och besvikelse med uppnådd lägre vikt; benägenhet att utvärdera självkänsla genom vikt och utseende; brist på vaksamhet beträffande viktkontroll; ett svartvitt tankesätt; och tendens att använda ätande för att reglera humöret.	Hög
---	---	--	------------	------------------	--	---	-----

9	Stotland, S. et al. 2012. <i>“Positive and negative dimensions of weight control motivation”</i>	Att undersöka viktkontroll och motivation bland patienter som uppsökt vikttnedgångsbehandling med familjeläkare. Att utvärdera reliabiliteten och strukturen av ett reviderat mätinstrument för viktkontroll och motivation; att undersöka förändringar i motivationen under behandlingen; och att reflektera över sambandet mellan förändringar i motivation och vikt, ätbeteende samt känslotillstånd.	Tvärsnittsstudie	n = 5460 kvinnor och n = 547 män (19-65 år)	Psykologiskt frågeformulär, mätning av kroppsvikt och längd samt ett on-line interaktivt frågeformulär; Laroque Obesity Questionnaire (LOQ) som kompletterades med det reviderade Weight Control Motivation Scale (WCMS)	Mätinstrumenten förevisade en förväntad tvådimensionell (positiv/negativ) uppbyggnad gällande motivation. Den positiva motivationen (tankar om att viktkontroll är betydelsefullt) var stabil genom hela behandlingen medan den negativa motivationen (negativa tankar och känslor beträffande viktkontroll) sjönk hastigt och stabiliserade sig sedan. Dessa resultat antyder att behandlingen ledde till önskvärda förändringar i motivationen. Bibehållandet av höga poäng av positiv motivation förknippades med högre BMI och ett mer stort ätbeteende. Tidig minskning av negativ motivation var större för dem som inledde behandlingen med högre vikt och ett mer stort ätbeteende men som hade mindre depression och stress. Senare minskning av negativ motivation förutspådde förbättring av ätbeteende, vikt, stress och perfektionism.	Medel
---	--	--	------------------	---	--	---	-------

10	James, Delores C.S. et al. 2012. <i>“Using the Health Belief Model to Develop Culturally Appropriate Weight-Management Materials for African-American Women”</i>	Att undersöka HBM (Health Belief Model) modellens användbarhet för att utveckla viktkontrollprogram som är kulturellt lämpliga för afroamerikanska kvinnor.	Kvalitativ	n = 50 (18-64 år)	Intervju i fokusgrupp (sju fokusgrupper)	De flesta deltagare upplevde att kulturella och ärftliga faktorer gjorde dem mer benägna för fetma. Minskad risk för hälsoproblem, förbättrat fysiskt utseende och att kunna leva sitt liv till fullo upplevdes som fördelar för att gå ned i vikt. Brist på motivation, tid, pålitlig information om kost och socialt stöd upplevdes däremot som hinder för att gå ned i vikt. De faktorer som motiverade deltagarna att gå ned i vikt var att bli diagnostiserade med ett hälsoproblem, erhålla attraktivare fysiskt utseende och att spara pengar på kläder. Deltagarnas tro på sin egen förmåga (self efficacy) hade påverkats negativt av deras tidigare misslyckade bantningsförsök.	Hög
----	--	---	------------	-------------------	--	--	-----

11	Greener, Joe et al. 2010. <i>"More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers"</i>	Att intervjua 34 stycken överviktiga personer, 20 stycken specialister inom hälsovården och 9 stycken beslutsfattare för att undersöka deras uppfattningar om vad som orsakar övervikt och fetma, vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång samt deras åsikter gällande effektiva interventioner.	Kvalitativ	n = 34 personer med övervikt (18-50 år), n = 20 specialister och n = 9 beslutsfattare	Semistrukturerad intervju	Alla överviktiga respondenter hade erfarenheter av en kortare viktnedgångsfas och en längre viktuppgångsfas, ofta förknippat med en känsla av misslyckande. De överviktiga uttryckte en stark känsla av personligt ansvar för att övervinna sina viktproblem och väntade på ett nytt viktnedgångsprogram som skulle lösa deras problem, trots tidigare misslyckanden. Specialisterna inom hälsovården var mera för individuellt orienterade interventioner för viktkontroll och effektiv respons. Beslutsfattarna ansåg att förändringar i miljön och politiken skapar en väsentlig skillnad för nuvarande fetmatrender. De ansåg dock att det är osannolikt att dessa förändringar skulle implementeras utan politisk vilja.	Hög
----	---	--	------------	---	---------------------------	---	-----

12	Heading, Gaynor 2008. <i>"Rural obesity, healthy weight and perceptions of risk: Struggles, strategies and motivation for change"</i>	Att undersöka risker, kroppslighet, det vill säga samspelet mellan fysisk, social och subjektiv kropp, och problem som är relaterade till fetma bland vuxna i New South Wales.	Kvalitativ studie med flera data-insamlingsmetoder	n = 19	Semistrukturerad intervju och visuella hjälpmedel	Respondenterna framförde flera förklaringar för sin viktökning som grupperades till 14 viktrelaterade teman. Dessa var matvanor, psykologiska, biologiska och sociala faktorer, vikt-normer, stillasittande livsstil, kroppslighet, kunskapsluckor beträffande energibalans, kulturella, ekonomiska och miljö-spekter, självdisciplin, hälsoorientering och politisk ekonomi. Dåliga matvanor, biologiska och fysiska begränsningar samt mentala hälsoproblem var de vanligaste förklaringarna. Respondenterna beskrev sin kamp mot vikt, sina strategier för viktnedgång, sin motivation och sina synsätt på risker.	Medel
----	---	--	--	--------	---	---	-------

13	Odgen, Jane & Clementi, Cecelia 2010. <i>"The experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma"</i>	Att undersöka hur individer upplever fetma och hur upplevelsen inverkar på deras motivation att gå ned i vikt.	Kvalitativ	n = 46 (25-62 år)	Djupintervju	Deltagarna använde starka uttryck såsom missfoster och ful för att beskriva sitt utseende. Flera upplevde ett motstridigt förhållande till mat. Ätandet förknippades med känsloreglering och brist på kontroll. Deltagarnas negativa upplevelser av sin vikt skapades av förhållandet mellan deras fetma och en stigmatiserande social kontext. Vissa ansåg dock att stigmatiserandet kunde ha fördelaktiga följder, till exempel genom att höja en individs motivation till viktnedgång och således stödja en beteendeförändring.	Hög
----	--	--	------------	-------------------	--------------	--	-----

14	Dalle Grave, Riccardo et al. 2005. <i>"Weight Loss Expectations in Obese Patients and Treatment Attrition: An Observational Multicenter Study"</i>	Att undersöka vilken betydelse förväntningar på viktnedgång har beträffande bortfall bland fetmapatienter som uppsöker behandling.	Observationsstudie	n = 1393 kvinnor och n = 392 män (25-65 år)	Case Report Form, frågeformulär gällande psykisk störning, hetsättningsstörning och missnöje med sin egen kroppsbild, The Symptom Check List-90 (SCL-90), the Binge Eating Scale (BES), The Body Uneasiness Test (BUT), mätning av kroppsvikt och längd samt bortfall	De patienter som hade högre förväntningar på att nå ett lägre BMI på ett år slutförde inte interventionen, utan hade det högsta bortfallet. Ju högre förväntningar, desto högre bortfall vid 12 månader.	Hög
----	--	--	--------------------	---	---	--	-----

15	Huang, Jian et al. 2004. "Physicians' Weight Loss Counseling in Two Public Hospital Primary Care Clinics"	Att identifiera faktorer som hindrar läkare att ge rådgivning angående viktnedgång i ett statligt sjukhus. Att undersöka hur patienter mottar läkares rekommendationer beträffande viktnedgång. Studiens syfte var också att undersöka hur läkares rådgivning inverkar på patienters förståelse, motivation samt beteende beträffande viktnedgång.	Tvärsnittsstudie	n = 24 läkare (27-52 år), n = 210 patienter (18-82 år)	Intervju i fokusgrupp (fyra fokusgrupper), systematiska exitintervjuer, användning av the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) för att fastställa patienters läs- och skrivkunighet, mätning av kroppsvikt och längd	Läkarna identifierade betydande faktorer som hindrade dem från att ge rådgivning angående viktnedgång. Dessa var bland annat brist på kunskap och färdigheter samt bristande förtroende för effekten av rådgivning. Fetma var underdokumenterat som en klinisk diagnos. Bara fem procent av patienterna ansåg att de hade blivit erbjudna en viktnedgångsstrategi där kost och fysisk aktivitet kombineras. De patienter som hade fått råd beträffande viktnedgång förstod med större sannolikhet fetmans risker, fördelarna med att gå ned i vikt och var mer förändringsbenägna beträffande viktnedgång.	Hög
----	---	--	------------------	---	--	--	-----

För att få en klarare syn på vilka faktorer som inverkar positivt respektive negativt på motivationen vid viktnedgång hos vuxna personer med fetma är resultaten grupperade och presenterade i följande avsnitt. Av de 15 inkluderade vetenskapliga artiklarna gav 15 stycken artiklar svar på den första forskningsfrågan, det vill säga vilka faktorer motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. 11 stycken artiklar gav svar på den andra forskningsfrågan, det vill säga vilka faktorer demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Nio stycken artiklar var av kvalitativ design och sex stycken artiklar var av kvantitativ design.

9.1 Hälsa

En studie som undersökte viljan att gå ned i vikt och motivation till viktnedgång i ett representativt sampel av den norska populationen visade följande resultat. Önskan att gå ned i vikt var allmän och den huvudsakliga motivationen att gå ned i vikt var för att främja hälsa samt välbefinnande. (3) Liknande resultat gav även en studie som undersökte individers uppfattningar om hälsa och skönhet som motiverande viktnedgångsfaktorer. Resultaten från studien visade att hälsa, som av deltagarna definierades som att kunna leva ett långt, produktivt och meningsfullt liv, var den primära motivationsfaktorn för att gå ned i vikt. Rädsla för att drabbas av sjukdomar och för tidig död samt oro över att vara tvungen att äta medicin för resten av sitt liv var även faktorer som motiverade deltagarna att gå ned i vikt. (6)

En annan studie som undersökte HBM (Health Belief Model) modellens användbarhet för att utveckla viktkontrollprogram som är kulturellt lämpliga för afroamerikanska kvinnor visade också att deltagarna önskade att gå ned i vikt för att vara vid god hälsa. Att undvika sjukdomar upplevdes även som en fördel för att gå ned i vikt. De som hade blivit diagnostiserade med antingen ett eller flera hälsoproblem motiverades till viktnedgång av dessa hälsoproblem. En del av deltagarna ansåg därtill att genom att gå ned i vikt skulle de bättre kunna njuta av sina liv. (10) I en studie där det undersöktes vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång visade resultaten att somliga deltagare motiverades till viktnedgång av önskan att förbättra nuvarande hälsoproblem eller förebygga framtida hälsoproblem (11).

Liknande resultat påvisade även en kvalitativ studie som undersökte risker, kroppslighet, det vill säga samspelet mellan fysisk, social och subjektiv kropp, och problem som är relaterade till fetma bland vuxna i New South Wales. Deltagarna motiveras att gå ned i vikt av olika hälsoaspekter, bland annat för att främja bättre mental hälsa och självkänsla, för att de blivit diagnostiserade med en sjukdom, för att minimera risk för eventuell diagnos och för att leva lyckliga och hälsosamma som gamla. (12) I en studie vars syfte var att ta reda på vilken betydelse förväntningar har på viktnedgång beträffande bortfall bland fetmapatienter som uppsöker behandling, var oro över framtida eller nuvarande hälsa den huvudsakliga motivationsfaktorn för att gå ned i vikt (14).

9.2 Socialt stöd

I studien där det undersöktes vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång, skulle de personer som var överviktiga reflektera över de faktorer som de ansåg att skulle kunna hjälpa dem gå ned i vikt. Dessa deltagare ansåg att ett regelbundet och långsiktigt socialt stöd var nödvändigt för att kunna upprätthålla motivation och således kunna gå ned i vikt. En del av de specialister som intervjuades i studien tyckte att stöd av en professionell var en avgörande faktor för viktnedgång medan andra ansåg att socialt stöd i någon form är tillräckligt, till exempel stöd av andra som är i samma situation. (11)

I en undersökning där det identifierades vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma visade resultaten att gruppträffar hjälpte en del deltagare att hålla sig till sina måltidsplaner. Enligt deltagarna var gruppträffarna lika viktiga som föreläsningarna och stödet av ledarna. Känslan av att bli sedd, att få sin identitet bekräftad och att ta emot stöd av andra var viktiga faktorer för att kunna bibehålla en beteendeförändring. (4) Liknande resultat gav en studie där det identifierades främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma. Deltagarna ansåg att socialt stöd och uppmuntran var nödvändiga faktorer för att kunna ändra sina motions- och kostvanor. Socialt stöd konstaterades vara en väsentlig faktor för att motivera en bestående beteendeförändring. (5) I studien där HBM modellens användbarhet kartlades upplevde några av deltagarna att de skulle kunna upprätthålla sina nya kost- och motionsvanor längre ifall

de hade en kompis som skulle vara i samma situation som de och som skulle uppmuntra dem (10).

I en tvärsnittsstudie som undersökte viktkontroll och motivation bland patienter som uppsökt viktnedgångsbehandling med familjeläkare, blev deltagarna uppmuntrade att delta i regelbundna behandlingssessioner tills de hade uppnått sina mål beträffande vikt. Interventionen i studien hade med andra ord ingen tidsbegränsning. De deltagare som deltog i fortgående behandling visade sig bevara känslan av att viktkontroll är betydelsefullt. (9) Liknande resultat visade studien där det undersöktes vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång. Både specialisterna och de överviktiga personerna som intervjuades i studien ansåg att det sociala stödet bör vara långsiktigt för att stöda en viktnedgång. (11) I undersökningen som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma, visade resultaten att deltagarna understrykte behovet av fortsatt yttre socialt stöd (5).

I studien där det identifierades vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma påvisades följande resultat. Deltagare som lyckades gå ned i vikt men som återfick sin ursprungsvikt upplevde brist på socialt stöd. Bristande stöd av familj, vänner eller arbetskamrater förhindrade deltagarnas insats att hålla sig till tallriksmodellen och måltidsplaneringen. (4) Undersökningen som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma igenkände också brist på socialt stöd som en hindrande faktor. Somliga kvinnor i studien upplevde brist på socialt stöd i form av ”vikt-nedgångssabotage”, ofta av sin make eller partner, vilket utgjorde ett enormt hinder för deras insats att gå ned i vikt. (5)

Liknande resultat visade även en studie vars syfte var att undersöka individers motivation beträffande vikt. Deltagarnas motivation att gå ned i vikt utmanades av brist på stöd av familj och vänner. En del deltagare upplevde negativa reaktioner av familj och vänner fastän de lyckades gå ned i vikt. Detta gjorde att deltagarna kände att deras beteendeförändring inte var socialt acceptabelt inom deras direkta sociala kontext. (7) Även i undersökningen där det kartlades HBM modellens användbarhet för att utveckla vikt-

kontrollprogram som är kulturellt lämpliga för afroamerikanska kvinnor, förnam deltagarna att brist på socialt stöd var ett hinder för viktnedgång (10).

9.3 Utseende

Resultaten i studien som undersökte individers uppfattningar om hälsa och skönhet som motiverande viktnedgångsfaktorer visade att deltagarna motiverades till viktnedgång av faktorer som var baserade på skönhet och/eller utseende. Deltagarna ville gå ned i vikt för att kunna se smalare ut. Somliga deltagare menade att utseendet var en motiverande faktor till viktnedgång för att kunna skaffa sig ett jobb och för att kunna avvärja stigmatisering. (6) Liknande resultat gav undersökningen där det identifierades främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma. Resultaten visade att de flesta deltagare motiverades av motiv beträffande kroppsbild och utseende som var relaterade till kommande händelser, till exempel födelsedag eller semester. (5)

I studien där det undersöktes vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång visade resultaten att en del av de personer som var överviktiga motiverades till viktnedgång av estetiska faktorer. Deltagarna ville se bättre ut och klä sig i snyggare kläder. (11) Studien som utforskade HBM modellens användbarhet för att utveckla viktkontrollprogram som är kulturellt lämpliga för afroamerikanska kvinnor påvisades likartade resultat. Att både se bra ut och att rymmas i sina kläder var faktorer som ansågs motivera deltagarna att gå ned i vikt. (10) Liknande resultat visade också studien som undersökte risker, kroppslighet och problem som är relaterade till fetma bland vuxna. Cirka en tredjedel av respondenterna motiverades till viktnedgång av estetiska faktorer, som till exempel att se bättre ut i kläder. Motivation för att gå ned i vikt kunde komma från en social händelse som till exempel ett bröllop eller att besöka en strand. (12) Även i studien där det undersöktes förväntningarnas betydelse på viktnedgång beträffande bortfall bland fetmapatienter, ansåg vissa deltagare att utseendet var deras huvudsakliga motivationsfaktor för att gå ned i vikt. Bortfallet var dock högre bland patienter vars huvudsakliga motivation för viktnedgång baserade sig på utseende. (14)

9.4 Konsultation

En studie vars syfte var att undersöka hur patienter mottar läkares rekommendationer beträffande viktnedgång och hur läkares rådgivning inverkar på patienters förståelse, motivation samt beteende beträffande viktnedgång kom fram till följande resultat. En läkares rådgivning beträffande viktnedgång hade en positiv inverkan på patienters motivation för att gå ned i vikt. Patienter som hade blivit konsulterade att gå ned i vikt av en läkare var med större sannolikhet motiverade att gå ned i vikt. (15) Liknande resultat påvisade studien som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma. Resultaten visade att regelbunden konsultation utgjorde motivation för somliga deltagare. Deltagarna ansåg att konsultationen bör vara informell, patientcentrerad och utgöra stöd genom lyssnande. Deltagarna tyckte att den som konsulterar skall visa empati och förståelse för den andra parten. (5)

Studien som undersökte vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång fann att sociala faktorer såsom arbetsmiljö och vardagliga rutiner hade en negativ inverkan på viktnedgång. Undersökningen visade även följande resultat. Specialisterna ansåg att brist på kapacitet av service inom hälsovården var ett betydande hinder för att kunna hjälpa individer att gå ned i vikt. Brist på lämplig kompetensutveckling och utbildad personal inom primärvården var därtill faktorer som ansågs motverka viktnedgång. Att till exempel väga en person en gång i veckan ansågs ofta leda till att individen känner sig misslyckad i stället för motiverad. (11)

9.5 Förväntningar och framgång

En randomiserad klinisk prövning som utvärderade ett teoribaserat program för bibehållande av vikt, påvisade att deltagarna lyckades bibehålla sin vikt bättre då de fokuserade på sina framsteg (2). Liknande resultat visade en studie vars syfte var att undersöka de psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll bland kvinnor med fetma som har genomgått viktnedgång. De flesta som hade gått ned i vikt och lyckats bibehålla sin lägre vikt meddelade att de kände sig tillfredsställda med sin lägre vikt fastän de inte hade nått sitt ursprungliga mål gällande viktnedgången. (8)

Resultaten från undersökningen om förväntningarnas betydelse på viktnedgång beträffande bortfall bland fetmapatienter, visade att högre förväntningar beträffande viktnedgång var positivt sammankopplade med bortfall vid tolv månader. (14) Likartade resultat påvisade studien där det undersöktes individers motivation beträffande vikt. Deltagarna ansåg att det rådande smalhetsidealet är orealistiskt och ouppnåeligt vilket påverkade deras motivation att gå ned i vikt. (7) I undersökningen där det utforskades psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll visades även följande resultat. De flesta av de som hade återfått sin ursprungsvikt hade inte uppnått den vikt som de hade önskat att nå och var missnöjda med sin nya lägre vikt. Vissa var missnöjda med sin vikt trots att de hade nått sitt mål. (8)

Känslan av att inte lyckas gå ned i vikt påverkade motivationen negativt även bland somliga deltagare i studien där det undersöktes risker, kroppslighet och problem som är relaterade till fetma bland vuxna. (12) I studien där det togs reda på vilka faktorer som hindrar en viktnedgång ansåg specialisterna att människan blir demotiverad då takten för viktnedgången börjar sjunka. Detta tillsammans med orealistiska förväntningar gällande viktnedgång ansågs förhindra långsiktig framgång beträffande viktnedgång. Även de överviktiga personerna ansåg att de upplevde brist på motivation då de inte nådde den vikt de önskade att nå. (11)

9.6 Omgivning och livshändelser

Studien som undersökte individers motivation beträffande vikt visade följande resultat. Deltagarna ansåg att den huvudsakliga motivationen för att gå ned i vikt var yttre tryck från media att vara smal. Alla deltagare i studien pratade om hur kvinnor måste vara smala för att kunna vara accepterade i samhället och hur detta förorsakade stark motivation att gå ned i vikt. (7)

En kvalitativ studie som undersökte hur individer upplever fetma och hur upplevelsen inverkar på deras motivation att gå ned i vikt visade följande resultat. Somliga deltagare ansåg att en stigmatiserande omgivning kan fungera som en motiverande faktor till viktnedgång. Kritik och stereotyper påverkade en del deltagares motivation att förändra

sitt beteende och gynnade sålunda deras viktnedgång. Enligt deltagarna fanns det även fördelar med de konkreta problem som de drabbades av i sitt vardagliga liv på grund av fetma. Vissa ansåg att konkreta problem som till exempel att inte kunna knyta sina skosnören eller att fastna i sitt badkar fungerade som en avtryckare som motiverade dem att gå ned i vikt. (13) Undersökningen som kartlade individers uppfattningar om hälsa och skönhet som motiverande viktnedgångsfaktorer visade liknande resultat då undvikande av en stigmatiserande omgivning motiverade en del deltagare att gå ned i vikt (6).

Studien som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma påvisade följande resultat. Negativa livshändelser och omständigheter ledde till negativa affekter vilket visade sig leda till känslomässigt ätande och viktökning. (5) Liknande resultat visade även studien som utforskade psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll. De som hade återfått sin ursprungsvikt rapporterade att de ständigt föråt sig vid negativa livshändelser. (8)

9.7 Tidsplanering

Brist på tid, ansågs vara ett betydande hinder för viktnedgång bland deltagare i studien som undersökte HBM modellens användbarhet (10). Liknande resultat påvisade undersökningen som identifierade vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma. Deltagare som hade gått upp i vikt meddelade att de hade brist på tid att planera måltider enligt tallriksmodellen eller att äta den rekommenderade mängden av måltider. Praktiska arrangemang och att spendera tid med sina barn ansågs vara faktorer som krävde för mycket tid av deltagarna. (4)

9.8 Självkänsla och självreglering

I studien där det undersöktes vilka faktorer som hindrar en viktnedgång ansåg de överviktiga personerna att brist på självaktning var ett hinder för viktnedgång. Personernas självinsikt för sina överviktiga kroppar hade en negativ inverkan på deras försök till viktnedgång. (11) Undersökningen som utforskade psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll, kom fram till att de som

hade återfått sin ursprungsvikt utvärderade sin självkänsla utifrån sin kropp och sitt utseende. (8) Liknande resultat påvisade en kvantitativ studie där det undersöktes faktorer som motiverar viktnedgång för att kunna identifiera möjliga kluster. Det fjärde klustret ”misslyckade bantaren”, förevisade de högsta BMI-värden och de lägsta poängen av självkänsla i jämförelse med de andra klustren. (1) I studien som undersökte hur individer upplever fetma och hur upplevelsen inverkar på deras motivation att gå ned i vikt visade resultaten att en stigmatiserande omgivning kan antingen utveckla eller förvärra låg självkänsla, och sålunda försvaga en individs motivation att förändras. I studien beskrev en del deltagare hur deras ätande ofta sattes igång av låg självkänsla, självkritik och klen självidentitet. (13)

Studien som undersökte faktorer som motiverar viktnedgång visade även följande resultat. Specialister inom hälsovården borde sträva att leda individer till mer självbestämmande bantningsmotiv för att tryggt kunna leda dem till framgångsrik och långsiktig viktkontroll. (1) I undersökningen som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma påpekade deltagarna betydelsen av att ha självbestämmanderätt och självkontroll. Deltagarna ansåg att det är väsentligt att patienten är den som så kallat ”kör bilen” och tar initiativ i konsultationerna. Självreglering och framförallt self-efficacy, visade sig även vara betydelsefulla faktorer för en beteendeförändring. Deltagare som var fastbeslutna att genomgå en förändring och hade en känsla av självkontroll lyckades gå ned i vikt. (5)

Undersökningen som identifierade vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma visade följande resultat. Deltagarnas tillgivenhet till viktnedgångsprogrammet hindrades av svårigheter med att motstå stimulans eller känslan av att ett behov måste antingen tillfredställas eller dämpas. (4) Liknande resultat påvisades i studien där det undersöktes risker, kroppslighet och problem som är relaterade till fetma bland vuxna. Deltagarna som var omotiverade förklarade att matens smak och brist på vilja var orsaker till övernäring samt viktökning. (12)

I undersökningen där det kartlades viktkontroll och motivation bland patienter som uppsökt viktnerdgågsbehandling med familjeläkare visades följande resultat. Okontrollerat ätande var positivt relaterat till negativ motivation, det vill säga känslor av frustration och ånger beträffande viktkontroll. (9)

10 DISKUSSION

I detta kapitel granskas både metod- och resultatdiskussionen kritiskt. I metoddiskussionen diskuteras metodvalets för- och nackdelar. Resultatdiskussionen beskriver de erhållna resultatens styrkor och svagheter samt sammanfattar de motiverande och demotiverande faktorerna vid viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Kapitlet behandlar även yrkesrelevans och idéer för framtida forskning inom ämnet.

10.1 Metoddiskussion

Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Metoden valdes utgående från syftet och frågeställningarna för att få ett så täckande innehåll som möjligt. Skribenten antog att det är möjligt att få en omfattande inblick i problematiken fetma och de faktorer som motiverar samt demotiverar till viktnedgång bland vuxna med hjälp av en systematisk litteraturstudie. Enligt skribenten skulle det inte ha varit ändamålsenligt att utföra till exempel temaintervjuer eftersom syftet och frågeställningarna skulle ha blivit snävare belysta.

Skribenten strävade att identifiera alla relevanta forskningsstudier inom området fetma och motivation. Det finns dock säkert en mängd med värdefulla studier som kan ha utelämnats på grund av inklusions- och exklusionskriterierna samt valet av databaser och sökord. Det existerande utbudet inom området är trots allt enormt.

Denna systematiska litteraturstudie behandlade slutligen 15 artiklar. Studien hade förmodligen haft ett högre kvalitetsvärde om artiklarna varit fler. De vetenskapliga artiklarna som inkluderades i studien var av både kvalitativ och kvantitativ ansats. Kunskapen som erhöles från de kvantitativa artiklarna var således mer generaliserbar medan de kvalitativa artiklarna fokuserade på att tolka och skapa mening samt förståelse i individens subjektiva upplevelse av omvärlden. En fördel beträffande kvaliteten på de inkluderade artiklarna var att det fanns en randomiserad klinisk prövning som behandlade ämnet, eftersom randomiserade kontrollerade studier anses ha ett högt bevisvärde. (Forsberg & Wengström 2003 s. 49-50;58;96) Det skulle dock ha varit bra för studiens kvalitetsvärde ifall det skulle ha hittats fler randomiserade kontrollerade studier.

Det är viktigt att påpeka att alla deltagare i artiklarna inte hade fetma, vilket är en begränsning i studien. Deltagarna hade dock antingen överviktig eller fetma, med undantag av två artiklar där en del av deltagarna hade normalvikt, och följde således inklusionskriterierna. Fetma och övervikt tangerar trots allt varandra då övervikt kan betraktas som ett risktillstånd för att utveckla fetma (Lindroos & Rössner 2007 s. 313).

Kvalitetsgranskningen utfördes med hjälp av Forsberg & Wengströms checklistor (Forsberg & Wengström 2003 s. 186-200). Checklistorna modifierades för att kunna mäta kvaliteten på olika typs studier och indelningen av vilken procent som gav hög, medel samt låg kvalitet bestämdes. Kvaliteten av artiklarna poängsattes efter egen förståelse, vilket kan ha påverkat klassificeringen av kvaliteten. Tio artiklar av femton klassificerades som studier av hög kvalitet och fem artiklar av femton klassificerades som studier av medel kvalitet. Ingen av artiklarna behövdes således förkastas på grund av kvaliteten.

Litteraturstudiens interna validitet är hög eftersom studierna kom fram till motsvarande resultat fastän de utfördes i olika länder. Den interna validiteten är även hög för att artiklarna är systematiskt redovisade och analyserade. Däremot är den externa validiteten låg eftersom sampelna var små och för att det är utmanande att generellt definiera motivation. Reliabiliteten uppmärksammades genom att redogöra på ett trovärdigt och ett förståeligt sätt hur data samlats in och bearbetats. Den försvagas dock eftersom skribenten har själv valt databaserna som ingår i studien och utformat inklusions- och exklusionskriterierna. Eftersom det i en systematisk litteraturstudie är väsentligt att göra etiska överväganden gällande urval och presentation av resultat (Forsberg & Wengström 2013 s. 69-70) har skribenten genom att granska artiklarna noggrant och redovisa alla resultat i artiklarna även beaktat etiska aspekter i arbetet.

10.2 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att ta reda på vilka faktorer som inverkar positivt respektive negativt på motivationen vid viktnedgång hos vuxna personer med fetma.

Med hjälp av den första frågeställningen söktes svar på vilka faktorer som motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Av de femton artiklar som svarade på frågan visade sex stycken (3,6,10,11,12 och 14) att hälsa och välbefinnande eller undvikande av sjukdom samt hälsoproblem var faktorer som motiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. Att ha god livskvalitet, det vill säga att må bra och kunna fungera i vardagen, att undgå svåra symtom, sjukhusvård och medicinering upplevs som det mest betydelsefulla bland patienter med övervikt eller fetma (Lindroos & Rössner 2007 s. 203). Det har visat sig att cirka 80 % av överviktiga personer som hade åstadkommit betydande förändringar i sina levnadsvanor meddelade att deras beslut att inleda en viktnedgång hade påverkats av någon medicinsk eller emotionell faktor (Mustajoki et al. 2006 s. 229). Studier visar även att de viktigaste orsakerna till att finländare börjar röra på sig och utföra fysisk aktivitet är hälsa, kondition, avslappning och uppfriskning (Vuori 2003 s. 42).

Fyra av femton studier (4,5,10 och 11) visade att socialt stöd var en faktor som motiverar till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Socialt stöd är en viktig faktor för att påverka en beteendeförändring. Det sociala stödet kan utgöras av till exempel vänner, familjemedlemmar, partner, arbetsplats, mentor och diskussionsgrupp på internet. Stöd och uppmuntran från andra människor kan höja motivationen och påverka en beteendeförändring positivt. (Faskunger 2004 s. 162-164) Enligt Granbom (1998 s. 83) ökar stöd och uppmuntran framför allt människans inre motivation. I undersökningen där det identifierades vilka faktorer som anses vara viktiga gällande matvanor och viktförändring hos personer som lider av fetma visade resultaten att gruppträffar hjälpte en del deltagare att hålla sig till sina måltidsplaner. Gruppträffarna ansågs vara lika viktiga som stödet av ledarna för att kunna bibehålla en beteendeförändring.

Gruppstödet har betonats tidigare av patienter som det viktigaste i ett behandlingsarbete. Gruppdeltagare kan lära sig av varandra och dela med sig av sina erfarenheter, tankar samt konkreta lösningar. Handledaren fungerar även som stöd för patienten. (Melin 2001 s. 32-33) Det är dock möjligt att individen får svårigheter med att bibehålla det uppnådda på egen hand efter att gruppträffarna och det sociala stödet tar slut (Granbom 1998 s. 81). I studien där HBM modellens användbarhet kartlades upplevde några av deltagarna att de skulle kunna upprätthålla sina nya kost- och motionsvanor längre ifall

de hade en kompis som skulle vara i samma situation som de och som skulle uppmuntra dem. För att fysisk aktivitet skall kunna upplevas som tillfredställande är det viktigt att hitta en aktivitet som uppmuntrar och känns rolig. Att träna med andra kan hjälpa en individ att känna tillfredsställelse då situationen kan uppfattas som social och angenäm. Sannolikheten till ökad fysisk aktivitet är också större då individen mår mentalt bra efter fysisk aktivitet. (Faskunger 2004 s. 82;124) Även Granbom (1998 s. 81) poängterar betydelsen av att människan känner någon likasinnad som fungerar som stöd för att lätta på dennes motivationsarbete.

Sex av femton studier (5,6,10,11,12 och 14) kom fram till att utseende var en faktor som motiverade till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Studien som undersökte individers uppfattningar om hälsa och skönhet som motiverande viktnedgångsfaktorer visade att fastän deltagarna motiverades till viktnedgång av faktorer som var baserade på skönhet och/eller utseende, så kritiserade de flesta deltagare det kulturella skönhetsidealet och antydde att det är ouppnåeligt samt orealistiskt. Smalhetsidealet kritiserades även av deltagarna i studien där individers motivation beträffande vikt undersöktes. Undersökningen som kartlade förväntningarnas betydelse på viktnedgång beträffande bortfall bland fetmapatienter visade även att bortfallet var högre bland deltagare vars huvudsakliga motivation för att gå ned i vikt baserade sig på utseende. Detta tyder på att utseenderelaterade faktorer ansågs motivera deltagarna till att gå ned i vikt i början, men visade sig ha motsatt effekt i längden. Artikeln visade därmed att utseende demotiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. I studien där det undersöktes de psykologiska faktorer som är förknippade med återfall respektive framgångsrik viktkontroll bland kvinnor med fetma som har genomgått viktnedgång, visade resultaten att de som hade lyckats gå ned i vikt och bevarat sin vikt samt de som hade en hälsosam vikt hade koncentrerat sig mindre på vikt och utseende.

Två artiklar (5 och 15) visade att konsultation av en specialist var en faktor som motiverade till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Det är viktigt att behandlaren blir medveten om individens motiv och behov i början av viktnedgångsprocessen (Fogelholm 2003 s. 61). Enligt Granbom (1998 s. 84) kan individens inre motivation stödjas då behandlaren anpassar innehållet efter individens intressen. I studien som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patien-

ter som lider av fetma, ansåg deltagarna att den som konsulterar skall visa empati och förståelse för den andra parten. Miller & Rollnick (1991) har presenterat åtta faktorer som är viktiga för en rådgivare för att kunna stärka en individs motivation och hjälpa individen vidare i ett förändringsarbete. Dessa faktorer är; att ge information och råd, att rensa bort eventuella hinder, att skapa valmöjligheter, att minska individens begär, att visa empati, att ge feedback, att fastställa mål och att inta en hjälpsam attityd. (se Faskunger 2004 s. 50) Granbom (1998 s. 72) framhäver även att en positiv och optimistisk människosyn, att respektera individens självständighet och beslut, att visa engagemang, hoppfullhet och tilltro samt att kunna lyssna på individen och uppmuntra denne är viktiga egenskaper hos en pedagog som vill förstärka en individs motivation.

En gruppledares insats har stor betydelse för hur deltagarna kommer att lyckas med sin vikttnedgång (Mustajoki et al. 2006 s. 268). Handledarens uppgift är att fungera som en vägvisare, att hjälpa individen med svåra situationer, men också att ge individen ansvar att klara av resten på egen hand (Melin 2001 s. 33). Det är viktigt att de metoder som används och de råd som ges stämmer överens med den fete individens benägenhet till förändring (Faskunger 2004 s. 49). Ifall individen inte har tillräckligt med vilja att göra något åt sitt liv, är det ingen annan om kan motivera denne till en förändring. Samarbete mellan individ och motiverare har visat sig vara den väsentligaste delen i ett motivationsarbete. (Granbom 1998 s. 72;77) Att ge feedback är ett mycket effektivt sätt att förändra beteendet och att motivera en individ att göra förändringar i sina levnadsvanor. Med hjälp av feedback blir handledarens råd och direktiv mer personliga och en individ har lättare att uppmärksamma sitt eget agerande samt dess följder för dennes hälsa. Det är dock möjligt att en person som försöker gå ned i vikt kan ty sig för mycket till en viss handledare, då bytet av handledare eller upphörande av konsultation kan leda till kollaps. (Mustajoki et al. 2006 s. 229;268;277)

Tre studier (5,9 och 11) lyfte fram betydelsen av att det sociala stödet bör vara långsiktig för att kunna motivera till vikttnedgång. Detta stöder tidigare källor som har visat att längre uppföljning ger bättre resultat vid en beteendemodifierad behandling. Längden på en behandling är den viktigaste faktorn korrelerad till vikttnedgång. Ett strukturerat uppföljningsprogram stöder individen att bibehålla både förändringen och vikten. Ett kort behandlingsprogram gör individen däremot dåligt förberedd på vad som händer i

kroppen vid viktnedgång. Efter ett kort behandlingsprogram kan individen hamna i situationer som denne inte kan hantera vilket kan leda till att denne ger upp helt och hållet. Kontinuerlig kontakt med en handledare har visats ge bättre följsamhet beträffande kost- och motionsvanor. (Melin 2001 s. 20-21) Granbom (1998 s. 83) poängterar att en kontinuerlig kontakt mellan motiverare och individ behövs för att en förändring skall bli bestående.

Två artiklar (2 och 8) visade att genom att fokusera på sina framsteg eller att känna sig nöjd med det man har åstadkommit kan en viktnedgång motiveras. I en beteendemodifierad behandling är det viktigt att uppmuntra den som vill gå ned i vikt att vara medveten om sina framsteg och att ta hand om den nya vanan (Melin 2001 s. 20-21). Då en förändring mot bättre levnadsvanor kan observeras, fastän det enbart handlar om små steg, är det viktigt att individen känner sig nöjd (Granbom 1998 s. 83). Tilltron till den egna förmågan är det viktigaste hjälpmedlet till att framgångsrikt kunna ändra sitt beteende. Framgången har en positiv inverkan på både motivationen och målsättningen samt ökar möjligheterna till ytterligare beteendeförändring. (Lindroos & Rössner 2007 s. 268) Människans self-efficacy, det vill säga en persons tro på sig själv att klara av en viss uppgift då det dyker upp ett hinder, ökar även när personliga färdigheter utvecklas och människan upplever sig som kompetent och framgångsrik. Samtidigt ökar också sannolikheten att människan fortsätter med förändringsarbetet. (Faskunger 2004 s. 124;160)

Det finns ett starkt samband mellan hur människan tolkar positiva och negativa händelser och dennes utvecklande tilltro till sin egen förmåga att förändra sin livsstil (Lindroos & Rössner 2007 s. 268). Enligt Maslow fungerar individer med positiv anda olika jämfört med individer som befinner sig i ett defensivt tillstånd (se Granbom 1998 s. 20). Det är även viktigt att individen kommer i håg att belöna sig själv då denne har lyckats med sina mål. Detta kan ske genom att fokusera på sina positiva resultat, då också självförtroendet ökar. (Faskunger 2004 s. 123-124) Då människan lyckas tillfredsställa sina personliga önskningar dyker det upp nya som ersätter de gamla. Det är med andra ord viktigt att människan identifierar nya mål och begär för att hålla motivationen på en hög nivå. (Granbom 1998 s. 10)

Två studier av femton (6 och 13) kom däremot fram till att en stigmatiserande omgivning kan utgöra en motiverande faktor till viktnedgång. En stigmatiserande omgivning kan betraktas som ett negativt incitament som människan strävar att undvika. Människan vill inte uppleva negativa attityder av andra människor så dennes beteende motiveras av att undvika stigmatiserande situationer. (Granbom 1998 s. 14) I studien (13) där det undersöktes hur individer upplever fetma och hur upplevelsen inverkar på deras motivation att gå ned i vikt, visade resultaten att även konkreta problem, som att till exempel fastna i sitt badkar, fungerade som en avtryckare som motiverade individerna att gå ned i vikt.

En artikel (7) indikerade att yttre tryck från media motiverar till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Det kan dock konstateras att en beteendeförändring sker endast genom inre motivation, inte genom yttre kontroll (Lindroos & Rössner 2007 s. 268). Forskarna i artikeln, vars syfte var att undersöka individers motivation beträffande vikt, resonerade att denna typ av motivation grundar sig i yttre miljöbetingat tryck, ofta för att undvika stigmatisering beträffande övervikt eller fetma. Därmed klassade de denna motivation som kontrollerande och konstaterade att den kan försvaga behovet av självbestämmanderätt, med andra ord försvaga individers motivation att uppnå en bestående beteendeförändring. Tidigare studier har visat att med yttre motiverande faktorer är det svårt att få synliga och långvariga resultat (Fogelholm 2003 s.61). Ett beteende som är baserat på yttre kontroll varar endast så länge som kontroll pågår. Känslan av ”bör göra”, som kan komma från yttre påverkan, leder till mindre inre motivation då individen oftast handlar tvärtom. (Granbom 1998 s. 16;84)

Två artiklar (1 och 5) visade att möjligheten till självbestämmanderätt eller självkontroll var faktorer som motiverade vuxna personer med fetma till viktnedgång. Detta stöder Granboms tankar om att människan har ett starkt behov av att själv få bestämma över sitt liv och att då människan upplever att denne har självbestämmanderätt finns det möjlighet till engagemang. Känslan av självbestämmanderätt kan ge uttryck för inre motivation vilket i sin tur kan främja ett förändringsarbete. (Granbom 1998 s. 78;82). Även Fogelholm (2003 s. 61) poängterar betydelsen av att bevara människans självständighet och att stöda dennes inre motivation för att kunna uppnå goda resultat i en viktnedgång. Studien, vars syfte var att identifiera främjande och hämmande faktorer som påverkar

en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma, underströk även betydelsen av självreglering och self-efficacy för att nå en lyckad beteendeförändring. Self-efficacy är en av de viktigaste mentala faktorerna som är kopplade till fetmabehandling och fysisk aktivitet. Uppbyggande av individens self-efficacy är speciellt viktigt i början av en beteendeförändring. Det skulle vara viktigt att en individ som lider av fetma skulle i ett tidigt skede få uppleva känslan av framgång i sina försök att bli aktiv. (Faskunger 2004 s. 160;165)

Med hjälp av den andra frågeställningen söktes svar på vilka faktorer som demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Av de elva artiklar som svarade på frågan visade fyra stycken (4,5,7 och 10) att brist på socialt stöd var faktorer som demotiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. I undersökningen som identifierade främjande och hämmande faktorer som påverkar en beteendeförändring hos patienter som lider av fetma, upplevde en del deltagare brist på socialt stöd i form av ”viktnedgångssabotage”. Studien som undersökte individers motivation beträffande vikt, visade att deltagarna upplevde negativa reaktioner av familj och vänner fastän de lyckades gå ned i vikt. Socialt tryck kan vara en utmaning för en individ med övervikt eller fetma. Det sociala trycket kommer ofta av personer i närmiljön som till exempel familj, vänner och bekanta. Att uppmuntra individen att tala om för sina närstående vad denne försöker uppnå och att denne behöver hjälp för att nå sina mål, kan öka närmiljöns förståelse och stöd. (Faskunger 2004 s. 134)

Två artiklar (4 och 10) visade att brist på tid var en faktor som demotiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. Tidsfaktorn har stor inverkan beträffande motivation (Granbom 1998 s. 83). För att kunna nå förändring i beteendet behövs det god tidsplanering (Faskunger 2004 s. 12-13). Att anamma nya vanor och rutiner är en lång och mångdimensionell process som kräver mycket tid (Mustajoki et al. 2006 s. 263). Det är viktigt att minnas att förändringar sker stegvis och att de är ofta följda av återfall. Det krävs därmed tålamod från individens sida för att en förändring skall bli bestående. (Granbom 1998 s. 81;83)

Fyra artiklar av elva (1,8,11 och 13) kom fram till att brist på självkänsla eller självaktning var faktorer som demotiverade till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. En

orsak varför individen ger upp för tidigt när denne försöker ändra livsstil är skuldkänslor. Människan kan tänka efter ett återfall att allt är dennes fel och uppleva känslor av värdelöshet. Skuldkänslor leder i sin tur till sämre självförtroende och lägre motivation. (Faskunger 2004 s. 143-144)

En artikel (13) visade att en stigmatiserande omgivning kan demotivera till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Detta stöder Mustajoki et al. (2006 s. 158) som framhäver att ifall en individ som lider av fetma blir respektlöst behandlad förhindras dennes motivation gentemot en viktnedgång. Studier beträffande människors uppfattningar om övervikt visar att det är allmänt att fetma förknippas med negativa personliga egenskaper (Lindroos & Rössner 2007 s. 214). De flesta som lider av fetma har måsta stå ut med förnedrande kommentarer eller blivit förolämpade (Mustajoki et al. 2006 s. 158). Det är vanligt att personer med fetma upplever social stigmatisering inom arbetslivet, bland sina bekanta och även i parrelationer. Det har kartlagts att kvinnor med fetma har sämre möjligheter att bli antagna till prestigefyllda universitet i USA. De som har övervikt har därtill svårare att få ett arbete, framför allt ett arbete som kräver direkt kundkontakt. Studier visar att det förekommer även sämre behandlingsmöjligheter och negativa uppfattningar om överviktiga inom sjukvården, vilket kan leda till att personer med fetma skjuter upp sina läkarbesök för att undvika plågsamma situationer. (Lindroos & Rössner 2007 s. 214) Även situationer som innehåller fysisk aktivitet kan kännas plågsamma och leda till förhöjd ångest för individer som lider av fetma. Många personer som lider av övervikt eller fetma väljer att inte motionera för att undvika kritiska blickar av andra människor. För en individ som har flera år av negativa minnen beträffande fysisk aktivitet på grund av omgivningens negativa feedback, kan det vara ett bra alternativ att röra sig i miljöer där denne känner sig mentalt och socialt trygg för att kunna hantera kropps- och utseendeångest. (Faskunger 2004 s. 158;161)

Två artiklar av elva (4 och 12) visade att känslan av att inte kunna motstå begäret efter mat var en faktor som demotiverade till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Det kan talas om begär eller sug efter mat, men också om craving som är den engelska beteckningen, för att förstå ätbeteendet. Begäret kan vara både biologiskt och psykologiskt betingat. (Lindroos & Rössner 2007 s. 218-219) Genom att äta kan människan påverka sina känslor kortvarigt. Att äta kan sänka nervositet och känsla av trötthet samt

öka känslor av välbefinnande. Hinder som är förknippade med känslor kan utgöra hinder för en vikttnedgång genom att styra beteendet för mycket. Ifall en människa till exempel alltid äter då denne känner sig sugen på mat leder det lätt till övernäring. Att försöka undvika oangenäma tankar och känslor kan också vara ett hinder för kontroll av vikten. Ifall en överviktig person försöker vara utan att tänka på mat, kan det leda till att denne tänker endast på mat. Även livsmedelsreklam kan provocera människans medfödda och upplärda smakvanor, vilket kan leda till ökat ätande. (Mustajoki et al. 2006 s. 244;262)

En artikel (9) kom fram till att okontrollerat ätande var en faktor som demotiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. Såsom tidigare konstaterats så handlar okontrollerat ätande om att individens inre förmåga att reglera sina impulser räcker inte alltid till. Det handlar även om att människan inte kan sätta gränser för sig själv i sitt ätande. (Lindroos & Rössner 2007 s. 218)

Två artiklar (5 och 8) visade att negativa livshändelser var faktorer som demotiverade till vikttnedgång bland vuxna personer med fetma. Personliga angelägenheter och problem beträffande individens livssituation som till exempel skilsmässa, ångest samt sorg kan ha en inverkan på individens ätbeteende och vikt. Med hjälp av beteendeanalys kan både individen och handledaren gestalta individens situation bättre samt fundera på valet av behandlingsmetod och inriktning av förändringsåtgärd. På basis av beteendeanalys kan det rentav konstateras att det inte kan ske någon förändring i individens beteende förrän denne har till exempel behandlat sin sorg beträffande sin skilsmässa. Ju mer och ju svårare problem individen har, desto större orsak är det att inleda en vikttnedgångsprocess med beteendeanalys. (Mustajoki et al. 2006 s. 227-228)

Fem artiklar (7,8,11,12 och 14) kom fram till att orealistiska förväntningar beträffande vikttnedgång eller känsla av missnöje över sina resultat, var faktorer som demotiverade vuxna personer med fetma att gå ned i vikt. Det är vanligt att individer som vill gå ned i vikt har för höga eller överdimensionerade mål beträffande sin vikt och sina levnadsvanor. Att lägga upp ouppnåeliga, det vill säga för krävande mål, är ofta det lättaste sättet att misslyckas. För personer med extrem fetma kan en normalvikt vara ett orealistiskt mål. Ifall en person vill gå för mycket ned i vikt i för snabb takt eller om dennes absoluta mål tros bli konstant, kan de första överlopps kilona krossa personens tro på att

dennes viktresultat kan bli bestående. Enligt Mustajoki et al. är en viktnedgång på 5-10% av kroppens totala vikt ett bra mål att börja med. Även att diskutera sina mål med en handledare kan vara en väsentlig del av en förändringsprocess. (Mustajoki et al. 2006 s. 161;226;264) Delmål kan hjälpa individen att åstadkomma en stegvis förändring av beteendet. Målen skall kännas betydelsefulla för individen och vara möjliga att uppnå. (Lindroos & Rössner 2007 s. 269) Granbom (1998 s. 73;78) understryker även betydelsen av att lägga upp individuella målsättningar med klara delmål och att målen inte är för högt satta. Det behövs också kunskap om hur man undviker återfall för att kunna nå förändring i beteendet (Faskunger 2004 s. 12-13). Det är viktigt att minnas att återfall är en del av inlärningsprocessen och får inte fälla människans mål (Mustajoki et al. 2006 s. 266-267).

Forskarna i studien som undersökte förväntningarnas betydelse på viktnedgång beträffande bortfall bland fetmapatienter, konstaterade att det borde fästas särskild uppmärksamhet på faktorer som kan öka tillfredsställelsen med en viktnedgång i början av behandlingen, oberoende av målen med vikten. Att rikta sig på eventuella problem beträffande individens målsättningar angående vikten både i den första intervjun, och under hela behandlingen, ansågs vara viktigt för att kunna underlätta upptäckandet av möjliga varningssignaler beträffande missnöje med att gå ned i vikt. Det är viktigt att kunna identifiera hinder som motverkar en fortsatt förändringsprocess, att koncentrera sig på problemlösning, att dela upp problem i delproblem och att finna lösningar för att kunna hantera misslyckanden, med andra ord återfall (Lindroos & Rössner 2007 s. 268-269).

En artikel (11) visade att sociala faktorer, såsom arbetsmiljö och vardagliga rutiner, samt brist på kapacitet av service inom hälsovården var faktorer som demotiverade till viktnedgång bland vuxna personer med fetma. Tidigare studier visar att situationer där människan äter med andra kan vara besvärliga med tanke på kontroll av vikten. I sociala situationer kan en människa lätt glömma tidigare angivna direktiv beträffande hälsosam kost, vilket kan leda till att en individ som lider av fetma äter mängmässigt mer än vad denne skulle äta ensam. Tidigare undersökning visar även att individens egna förklaringar beträffande problemens orsaker kan vara ett hinder för förändring. Förklaringar, såsom till exempel att människan inte hinner motionera på grund av det är besvärligt att åka till ett gym efter att man kommit hem från arbetet, kan leda till passivitet då föränd-

ringar inte görs fastän det skulle finnas möjlighet till det. När människan använder sig av förklarningar för att beskriva sina problem med att kontrollera sin vikt, kan det hända att denne börjar själv tro på sina förklarningar och märker inte alla eventuella förändringsalternativ. (Mustajoki et al. 2006 s. 244) Specialisterna i studien som undersökte vilka faktorer som antingen hindrar eller möjliggör en viktnedgång, ansåg att då en individ med fetma vägs med en veckas mellanrum kan dennes kritiska attityder om sig själv förvärras. En del personer upplever att det är fördelaktigt att bli vägd medan andra upplever det som ångestfyllt. Att vikten minskar anses fungera som en positiv sporre, men att väga någon för ofta kan vara skadligt. (Fogelholm 2003 s. 56-57)

Enligt de resultat som erhållits är viktnedgång väldigt individuellt. Det som motiverar en människa motiverar kanske inte en annan och därför är det viktigt att utgå från den enskilde individen och dennes värderingar. Genom att identifiera de faktorer som motiverar en person till viktnedgång, kan man gå på djupet med att hitta lämpliga lösningar för en förändring som leder till viktnedgång och öka möjligheterna att förverkliga förändringen till en bestående livsstil. Dock innebär viktnedgångsprocessen att individen gör flera förändringar som främjar viktnedgång. Genom att identifiera faktorer som demotiverar en person till viktnedgång kan dessa avsiktligt undvikas och motverkas för att sålunda främja motivation samt viktnedgång. För att lyckas gå ned i vikt krävs det även engagemang och uthållighet av individen.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det inte går att fastställa vilka faktorer som inverkar positivt respektive negativt på motivationen vid viktnedgång hos enskilda vuxna personer med fetma utgående från de erhållna resultaten. Resultaten från litteraturstudien visar dock att hälsa och välbefinnande eller undvikande av sjukdom samt hälsoproblem, utseende, socialt stöd och långsiktigt socialt stöd är faktorer som högst sannolikt motiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Även konsultation av en specialist, att fokusera på sina framsteg, att känna sig nöjd med det man har åstadkommit, en stigmatiserande omgivning, yttre tryck från media och möjligheten till självbestämmanderätt eller självkontroll kan motivera till viktnedgång hos vuxna personer med fetma. Det kan dock konstateras att utseende, yttre tryck från media och en stigmatiserande omgivning inte stöder en varaktig beteendeförändring.

Brist på socialt stöd, brist på självkänsla eller självaktning och orealistiska förväntningar beträffande viktnedgång eller känsla av missnöje över sina resultat är faktorer som högst sannolikt demotiverar till viktnedgång hos vuxna personer med fetma.

Faktorer såsom brist på tid, en stigmatiserande omgivning, känslan av att inte kunna motstå begäret efter mat, okontrollerat ätande, negativa livshändelser, sociala faktorer såsom arbetsmiljö och vardagliga rutiner, utseende samt brist på kapacitet av service inom hälsovården kan även demotivera till viktnedgång hos vuxna personer med fetma.

Även om studierna utfördes i andra länder än i Finland så kan resultaten möjligen motsvara även finländska förhållanden på grund av den västerländska livsstilen som innefattar en fetmadrivande miljö som är rätt liknande i hela den västerländska kulturen, det vill säga det stora utbudet av energirik kost kombinerat med lättillgängliga stora portioner och så vidare.

10.3 Yrkesrelevans och forskning

Som idrottsinstruktör är det viktigt att kunna identifiera faktorer som motiverar och demotiverar till viktnedgång hos vuxna med fetma för att kunna stöda dessa individers inre motivation samt förändring, beakta deras personliga behov och intressen samt främja deras hälsa och välbefinnande med hjälp av att planera passande fysiska aktiviteter och rekommendera lämplig kost för att således främja deras viktnedgång. En idrottsinstruktör kunde även använda sig av den transteoretiska modellen för att kolla hur förändringsbenägen en individ som lider av fetma är, fastställa i vilket stadie individen befinner sig i och anpassa innehållet utifrån det.

Eftersom tidsbrist är ett allmänt fenomen i dagens hektiska samhälle skulle det vara intressant att forska mer i hur tidsbrist demotiverar till viktnedgång med hjälp av till exempel intervjustudier. Ett annat intressant alternativ skulle vara att undersöka mer i hur samhället ur arbetsgivarens perspektiv ser på vuxna med fetma gällande rekrytering av ny arbetskraft.

KÄLLOR

Adolfsson, Birgitta; Carlson, Anita; Undén, Anna-Lena & Rössner, Stephan. 2002, Treating obesity: A qualitative evaluation of a lifestyle intervention for weight reduction, *Health Education Journal*, vol. 61, nr 3, s. 244-258.

Andersen, Teis; Rissanen, Aila & Rössner, Stephan. 1998, *Fetma/fedme – en nordisk lärobok*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 372 s.

Byrne, S; Cooper, Z & Fairburn, C. 2003, Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study, *International Journal of Obesity*, vol. 27, s. 955-962.

Dalle Grave, Riccardo; Calugi, Simona; Molinari, Enrico; Petroni, Maria letizia; Bondi, Mario; Compare, Angelo; Marchesini, Giulio & the QUOVADIS Study Group. 2005, Weight Loss Expectations in Obese Patients and Treatment Attrition: An Observational Multicenter Study, *Obesity Research*, vol. 13, nr 11, s. 1961-1969.

Duodecim terveyskirjasto, 2010, *Painoindeksi ja vyötärön ympärys*, publicerad 28.12.2010.

Tillgänglig:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00163

Hämtad 2.9.2013

Duodecim. 2011, *Tiedotustilaisuus aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen päivityksestä*, publicerad 7.1.2011.

Tillgänglig:

http://www.duodecim.fi/web/kotisivut/etusivu?p_p_id=uutisportlet_WAR_uutistenjulkaisuportlet-

let_INSTANCE_N5Iy&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3& uutisportlet_WAR_uutistenjulkaisuportlet_INSTANCE_N5Iy_uutis_id=10295 Hämtad 3.9.2013

Ekblom, Björn; Bolin, Lisbeth; Bruce, Åke; Hambræus, Leif & Öberg, Inga-Britt. 1992, *Kost & idrott. Matens betydelse för prestation och hälsa*, SISU, 357 s.

Faskunger, Johan. 2004, *Motivation för motion – en handbok för hälsovägledning steg för steg*, Stockholm: SISU idrottsböcker, 224 s.

Fogelholm, Mikael. 2003, *Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa*, 2 uppl., Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, 251 s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, 208 s.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3 uppl., Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, 219 s.

Georgiadis, Manolis M; Biddle, Stuart JH & Stavrou, Nektarios A. 2006. Motivation for weight-loss diets: A clustering, longitudinal field study using self-esteem and self-determination theory perspectives, *Health Education Journal*, vol. 65, nr 1, s. 53-72.

Granbom, Anna-Karin. 1998, *Att motivera till hälsa*, Lund: Studentlitteratur, 102 s.

Greener, Joe; Douglas, Flora & von Teijlingen, Edwin. 2010, More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers, *Social Science & Medicine*, vol. 70, s. 1042-1049.

Hardcastle, Sarah & Hagger, Martin S. 2011, "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior, *Psychology of Sport and Exercise*, vol. 12, s. 314-323.

Heading, Gaynor. 2008, Rural obesity, healthy weight and perceptions of risk: Struggles, strategies and motivation for change, *Journal Compilation National Rural Health Alliance Inc.*, vol. 16, s. 86-91.

Huang, Jian; Yu, Herbert; Marin, Estela; Brock, Stephanie; Carden, Donna & Davis, Terry. 2004, Physicians' Weight Loss Counseling in Two Public Hospital Primary Care Clinics, *Academic Medicine*, vol. 79, nr 2, s. 156-161.

Ilander, Olli; Borg, Patrik; Laaksonen, Marika; Mursu, Jaakko; Ray, Carola; Pethman, Katja & Marniemi, Annika. 2006, *Liikuntaravitsemus*, Lahti: VK-Kustannus OY, 504 s.

Institutet för hälsa och välfärd, *Lihavuuden yleisyys Suomessa*. Tillgänglig: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/yleisyys_suomessa Hämtad 5.8.2013

International Obesity Taskforce. *The global epidemic*. Tillgänglig:
<http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/> Hämtad 12.8.2013.

James, Delores C.S; Pobee, Joseph W.; Oxidine, D`lauren; Brown, Latonya & Joshi, Gungeet. 2012, Using the Health Belief Model to Develop Culturally Appropriate Weight-Management Materials for African-American Women, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 112, nr 5, s. 664-670.

Johansson, Ulla. 2007, *Näring och hälsa*, 2 uppl., Studentlitteratur, 343 s.

Kwan, Samantha. 2009, Competing Motivational Discourses for Weight Loss: Means to Ends and the Nexus of Beauty and Health, *Qualitative Health Research*, vol. 19, nr 9, s. 1223-1233.

Käypä hoito, 2011, *Fetma hos vuxna*, publicerad 6.6.2011. Tillgänglig:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khr00019> Hämtad 23.7.2013

Lindroos, Anna-Karin & Rössner, Stephan. 2007, *FETMA. Från gen- till samhällspåverkan*, Studentlitteratur, 386 s.

Livsmedelsverket, 2013, *Fleromättat fett, omega-3 och omega-6*. Tillgänglig:

<http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Fett/Fleromattat-fett-omega-3-och-omega-6/> Hämtad 25.7.2013

Maslow, Abraham H. 1970, *Motivation and personality*, 2 uppl., New York: Harper & Row, 369 s.

Melin, Ingela. 2001, *Obesitas. Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på kognitiv beteendemodifikation och konventionell behandling*, Lund: Studentlitteratur, 177 s.

Mustajoki, Pertti; Fogelholm, Mikael; Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti. 2006, *Liha-vuus. Ongelma ja hoito*, 3 uppl., Helsinki: Duodecim, 341 s.

Nationalencyklopedin. Sökord: Motivation. Tillgänglig:
<http://www.ne.se.ezproxy.arcada.fi:2048/sok?q=motivation> Hämtad 9.1.2014

Odgen, Jane & Clementi, Cecelia. 2010, The experience of Being Obese and the Many Consequences of Stigma, *Journal of Obesity*, s. 1-9.

Ravitsemus ja ruokavalio. 2006, 6 uppl., Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, 216 s.

Stotland, S.; Larocque, M. & Sadikaj, G. 2012, Positive and negative dimensions of weight control motivation, *Eating Behaviors*, vol. 13, s. 20-26.

Tonstad, S; Anderssen, S; Khoury, J; Ose, L; Reseland, J & Retterstøl, L. 2006, Weight concerns and beliefs about obesity in the Norwegian population, *Scandinavian journal of Food and Nutrition*, vol. 50, nr 1, s. 25-29.

UKK-institutet, 2010, *Liikunta parantaa laihdutuksen laatua*. Tillgänglig: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/liikunta_parantaa_laihduksen_laatua Hämtad 25.7.2013

Vetenskapsrådet, 2011, *God forskningssed*. Tillgänglig: <https://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf> Hämtad 17.1.2014

Vuori, Ilkka. 2003, *Lisää liikuntaa!* Helsinki: Edita Publishing Oy, 235s.

West, DS; Gorin, AA; Subak, LL; Foster, G; Bragg, C; Hecht, J; Schembri, M & Wing, RR for the Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) Research Group. 2011, A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach, *International Journal of Obesity*, vol. 35, s. 259-269.

Whale, Katie; Gillison, Fiona B & Smith, Paula C. 2013, Are you still on that stupid diet?: Women`s experiences of societal pressure and support regarding weight loss, and attitudes towards health policy intervention, *Journal of Health Psychology*, vol. 0, nr 0, s. 1-11.

World Health Organization, 2000, *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf Hämtad 1.7.2013

World Health Organization 2013 a, *Obesity and overweight*. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Hämtad 22.7.2013

World Health Organization 2013 b, *10 facts on obesity*. Tillgänglig:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/index.html> Hämtad 1.7.2013

BILAGOR

BILAGA 1

MODIFIERAD CHECKLISTA FÖR RCT (RANDOMISERADE KONTROLLERADE STUDIER) – ARTIKLAR

Frågor	
A. SYFTET	
1. Är syftet med studien klart beskrivet?	
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?	
3. Är designen lämplig utifrån syftet?	
	/3p
B. UNDERSÖKNINGSGRUPPEN	
1. Är inklusionskriterierna beskrivna?	
2. Är exklusionskriterierna beskrivna?	
3. Är undersökningsgruppen representativ?	
4. Beskrivs det var undersökningen genomfördes?	
5. Beskrivs det när undersökningen genomfördes?	
6. Är powerberäkning gjord?	
7. Beskrivs det antal som krävdes i varje grupp?	
8. Beskrivs det antal som inkluderades i experimentgrupp respektive kontrollgrupp?	
9. Var gruppstorleken adekvat?	
	/9p
C. INTERVENTIONEN	
1. Beskrivs målet med interventionen?	
2. Beskrivs interventionens innehåll?	
3. Beskrivs vem som genomförde interventionen?	
4. Beskrivs det hur ofta interventionen gavs?	
5. Beskrivs det hur kontrollgruppen behandlades?	
	/5p
D. MÄTMETODER	
1. Beskrivs de mätmetoder som användes?	

2. Är reliabiliteten beräknad?	
3. Är validiteten diskuterad?	
	/3p
E. ANALYS	
1. Är demografisk data liknande i experimentgrupp och kontrollgrupp?	
2. Diskuteras bortfallet?	
3. Kan bortfallet accepteras?	
4. Är den statistiska analysen lämplig?	
5. Diskuteras huvudresultaten?	
6. Erhölls signifikanta skillnader mellan experimentgrupp och kontrollgrupp?	
7. Beskrivs de slutsatser som dras?	
	/7p
F. VÄRDERING	
1. Kan resultaten generaliseras till en annan population?	
2. Kan resultaten ha klinisk betydelse?	
3. Kan nyttan av interventionen överväga eventuella risker?	
	/3p
Sammanlagda poäng	/30p

BILAGA 2

MODIFIERAD CHECKLISTA FÖR KVASI – EXPERIMENTELLA STUDIER

Frågor	
A. SYFTET	
1. Är syftet med studien klart beskrivet?	
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?	
3. Är designen lämplig utifrån syftet?	
	/3p
B. UNDERSÖKNINGSGRUPPEN	
1. Är inklusionskriterierna beskrivna?	
2. Är exklusionskriterierna beskrivna?	
3. Beskrivs vilken urvalsmetod som användes?	
4. Är undersökningsgruppen representativ?	
5. Beskrivs det var undersökningen genomfördes?	
6. Beskrivs det när undersökningen genomfördes?	
7. Beskrivs vilket antal deltagare som inkluderades i undersökningen?	
	/7p
C. MÄTMETODER	
1. Beskrivs vilka mätmetoder som användes?	
2. Är reliabiliteten beräknad?	
3. Är validiteten diskuterad?	
	/3p
D. ANALYS	
1. Är demografisk data liknande i jämförelsegrupperna?	
2. Diskuteras bortfallet?	
3. Finns det en bortfallsanalys?	
4. Är den statistiska analysen lämplig?	
5. Beskrivs huvudresultaten?	
6. Erhölls signifikanta skillnader?	

7. Beskrivs de slutsatser som dras?	
	/7p
E. VÄRDERING	
1. Kan resultaten generaliseras till en annan population?	
2. Kan resultaten ha klinisk betydelse?	
	/2p
Sammanlagda poäng	/22p

BILAGA 3

MODIFIERAD CHECKLISTA FÖR KVALITATIVA ARTIKLAR

Frågor	
A. SYFTET	
1. Är syftet med studien klart beskrivet?	
2. Beskrivs vilken kvalitativ metod som har använts?	
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	
	/3p
B. UNDERSÖKNINGSGRUPP	
1. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	
2. Beskrivs det var undersökningen genomfördes?	
3. Beskrivs det när undersökningen genomfördes?	
4. Beskrivs vilken urvalsmetod som har använts?	
5. Finns relevant demografisk bakgrund om undersökningsgruppen beskriven?	
6. Är undersökningsgruppen lämplig?	
	/6p
C. METOD FÖR DATAINSAMLING	
1. Är fältarbetet tydligt beskrivet?	
2. Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt?	
3. Är data systematiskt samlade?	
	/3p
D. DATAANALYS	
1. Beskrivs hur begrepp, teman och kategorier utvecklats och tolkats?	
2. Är resultatet beskrivet?	
3. Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	
4. Är resultaten trovärdiga?	
5. Är resultaten pålitliga?	
6. Finns stabilitet och överensstämmelse?	

7. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?	
8. Är de teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?	
	/8p
E. UTVÄRDERING	
1. Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	
2. Stöder insamlade data forskarens resultat?	
3. Har resultaten klinisk relevans?	
4. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	
5. Finns det ingen risk för bias?	
6. Beskrivs de slutsatser som dras?	
	/6p
Sammanlagda poäng	/26p